

ANNÉE 1938

THÈSE

N°

569

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PRÉSENTÉE PAR

Pierre, Marie BOUTEAU

Né le 3 Mars 1909, à LE MESNIL-SUR-OGER (Marne)

Ancien Interne des Hôpitaux de Paris

PROSTATITES LIGNEUSES

INFILTRATIONS

LIGNEUSES PELVIENNES

D'ORIGINE GÉNITO-URINAIRE

Président : M. MARION. professeur.

PARIS

LIBRAIRIE LOUIS ARNETTE

2, RUE CASIMIR-DELAVIGNE, 2

1938

www.mml.it

ANNÉE 1938

THÈSE

N° _____

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PRÉSENTÉE PAR

Pierre, Marie BOUTEAU

Né le 3 Mars 1909, à LE MESNIL-SUR-OGER (Marne)

Ancien Interne des Hôpitaux de Paris

PROSTATITES LIGNEUSES

INFILTRATIONS

LIGNEUSES PELVIENNES

D'ORIGINE GÉNITO-URINAIRE

Président : M. MARION. professeur.

PARIS

LIBRAIRIE LOUIS ARNETTE

2, RUE CASIMIR-DELAVIGNE, 2

1938

I. — Professeurs

Anatomie	MM.	ROUVIERE.
Physiologie		Léon BINET.
Physique médicale		STROHL.
Chimie médicale		POLONOVSKI.
Bactériologie		Robert DEBRE.
Parasitologie et histoire naturelle médicale		BRUMPT.
Pathologie médicale et générale		BAUDOUIN.
Pathologie médicale		ABRAMI.
Pathologie chirurgicale		CHEVASSU.
Anatomie pathologique		LEROUX.
Histologie		CHAMPY.
Pharmacologie et matière médicale		TIFFENEAU.
Thérapeutique		HARVIER.
Hygiène et médecine préventive		TANON.
Médecine légale		BALTHAZARD.
Histoire de la médecine et de la chirurgie		LAIGNEL.
Pathologie expérimentale et comparée		LAVASTINE.
Hydrologie thérapeutique et climatologie		FIESSINGER.
Clinique médicale		CHIRAY.
		LOEPER.
		CARNOT.
		Marcel LABBE.
		CLERC.
Hygiène et clinique de la première enfance		LEREBoullet.
Clinique des maladies des enfants		NOBECOURT.
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale		H. CLAUDE.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques		GOUGEROT.
Clinique des maladies du système nerveux		GUILLAIN.
Clinique des maladies infectieuses		LEMIERRE.
		CUNEO.
Clinique chirurgicale		GOSSET.
		GREGOIRE.
		LENORMANT.
Clinique ophtalmologique		TERRIEN.
Clinique urologique		MARION.
Clinique d'accouchements		LEVY-SOLAL.
		COUVELAIRE.
Clinique gynécologique		JEANNIN.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie		MOCQUOT.
Clinique thérapeutique médicale		OMBREDANNE.
Clinique oto-rhino-laryngologique		RATHERY.
Clinique thérapeutique chirurgicale		LEMAITRE.
Clinique propédeutique		Pierre DUVAL.
Clinique de la Tuberculose		VILLARET.
Clinique chirurgicale orthopédique de l'adulte		BEZANÇON.
Clinique cardiologie		MATHIEU.
Assistance médico-sociale		LAUBRY.
		CROUZON.
Professeurs sans chaire		HOVELACQUE.
		MULON.
		OLIVIER.
		VERNE.

II. — Agrégés en exercice

MM.		MM.
AMELINE	Pathologie chirurgicale.	DE GAUDART
BARIETY	Pathologie médicale.	D'ALLAINES ..
BENARD Henri	Pathologie médicale.	GAYET
BERNARD Et.	Pathologie médicale.	DE GENNES ..
BESANÇON (J.) ..	Hydrologie.	GIROUD
BOULIN	Pathologie médicale.	HAGUENAU
BULLIARD	Histologie.	HALPHEN
CATHALA	Pathologie médicale	HAZARD
COSTE	Pathologie médicale.	HUGUENIN
CHEVALLIER	Pathologie médicale.	JOANNON
DOGNON	Physique.	LACOMME
FUNK		LANTUEJOUL ..
BRENTANO ...	Pathologie chirurgicale.	LAROCHE Guy.
FEY	Urologie.	LAVIER
GAILLARD	Parasitologie.	LELONG
GASTINEL	Bactériologie.	
		Pathologie médicale.

MM.	
LEMAIRE	Pathologie expérimentale.
LEVEUF	Pathologie chirurgicale.
LEVY (M ^{lle} J.) ..	Pharmacologie.
LEVY-VALENSI ..	Neurologie et Psychiatrie.
MENEGAUX	Pathologie chirurgicale.
MOLLARET	Pathologie médicale.
MOREAU	Pathologie médicale.
MOULONGUET ..	Pathologie chirurgicale.
MOUQUIN	Pathologie médicale.
PETIT- DUTAILLIS	Pathologie chirurgicale.

MM.	
PIEDELIEVRE ..	Médecine légale
PORTES	Obstétrique.
RENARD (L.) ..	Ophthalmologie.
RICHET	Physiologie.
SANNIE	Chimie biologique.
SENEQUE	Pathologie chirurgicale.
TROISIER	Pathologie expérimentale.
TURPIN	Pathologie médicale.
VIGNES	Obstétrique.
WILMOTH	Pathologie chirurgicale.

III. — Agrégés rappelés à l'exercice pour le service des examens

MM.	
ALGLAVE	Pathologie chirurgicale.
BUSQUET	Pharmacologie.
CHAILLEY- BERT	Physiologie.

MM.	
LARDENNOIS ..	Pathologie chirurgicale.
VAUDESICAL ...	Obstétrique.
LE LORIER ...	Obstétrique.
SCHWARTZ ...	Pathologie chirurgicale.

IV. — Agrégés chargés de cours de clinique annexe à titre permanent

MM.	
ALAJOUANINE..	} Clinique médicale
AUBERTIN	
BRULE	
CHABROL	
DONZELOT ...	
DUVOIR	
LIAN	
PASTEUR	
VALLERY- RADOT	
SEZARY	

MM.	
BASSET	} Clinique chirurgicale
BROCC	
CADENAT	
GATELLIER ...	
MOURE	
QUENU	
VELTER	
ECALLE.	} Clinique obstétricale
METZGER	

V. — Chargés de cours

MM.	
CHAILLET-BERT, agrégé	Education physique.
LEDoux-LEBARD	Radiologie clinique.
RUPPE	Stomatologie.
WEIL-HALLE	Puériculture.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MES PARENTS

A TOUS LES MIENS

A MES AMIS

A MON MAÎTRE ET PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR GEORGES MARION

Membre de l'Académie de Médecine
Professeur de Clinique Urologique à la Faculté
Chirurgien de l'Hôpital Necker

A MES MAÎTRES

DANS LES HÔPITAUX

STAGE

1927. MONSIEUR LE PROFESSEUR H. HARTMANN.
1928. MONSIEUR LE PROFESSEUR ACHARD.
MONSIEUR LE DOCTEUR L. RAMOND.

EXTERNAT

1929. MONSIEUR LE DOCTEUR PIERRE HARET (*in
memoriam*).
MONSIEUR LE DOCTEUR A. MOUCHET.
1930. MONSIEUR LE PROFESSEUR M. VILLARET.
1931. MONSIEUR LE PROFESSEUR LENORMANT.
1932-33. MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ VIGNES.
1933. MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ OKINCZYK.

INTERNAT

- 1934-35. MONSIEUR LE DOCTEUR A. BARBE.
1935-36. MONSIEUR LE DOCTEUR M. GUIMBELLOT.
1936-37. MONSIEUR LE DOCTEUR G. KUSS.
1937-38. MONSIEUR LE PROFESSEUR G. MARION.

A MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ FEY.

Chirurgien des Hôpitaux

A MES CONFÉRENCIERS

D'EXTERNAT ET D'INTERNAT.

MONSIEUR LE DOCTEUR REDON.

MONSIEUR LE DOCTEUR SYLVAIN BLONDIN.

Chirurgiens des Hôpitaux

MONSIEUR LE DOCTEUR P. BOURGEOIS.

MONSIEUR LE DOCTEUR STANISLAS DE SEZE.

Médecins des Hôpitaux

PREMIERE PARTIE
GÉNÉRALITÉS - ÉTIOLOGIE

PROSTATITES LIGNEUSES INFILTRATIONS LIGNEUSES PELVIENNES D'ORIGINE GENITO-URINAIRE

INTRODUCTION

A côté des infiltrations qui doivent évoluer vers la suppuration, d'une part, et des infiltrations néoplasiques, d'autre part, le tissu conjonctif prostatique inter et périglandulaire et, par extension, le tissu cellulaire de tout le petit bassin, peuvent être le siège de lésions d'un type spécial réalisant une véritable infiltration scléreuse, pseudo-néoplasique.

C'est à ces lésions que nous donnerons le nom de « infiltrations ligneuses pelviennes » ; « ligneuses » et leur dureté évoque immédiatement au toucher rectal une comparaison classique ; « infiltration », et il nous a semblé, en effet, que leur diffusion, le peu de netteté de leur topographie, leur non tendance à la suppuration, devaient leur faire préférer ce terme, et rejeter celui de phlegmon, qui implique plus l'idée de collection purulente.

Nous décrirons donc, sous le nom d' « infiltrations

ligneuses du petit bassin », un type d'affection caractérisé :

— *anatomiquement*, par une infiltration du tissu cellulaire de tout ou partie du petit bassin, infiltration à point de départ prostatique ou urétral ;

— *cliniquement*, par l'aspect ligneux pseudo-néoplasique qu'elles offrent au toucher.

Deux autres particularités achèvent de les individualiser :

— *leur évolution* désespérante par leur lenteur et leur chronicité ;

— *leur guérison* par le traitement chirurgical approprié.

Nous insisterons dès le début sur ce fait qu'il ne saurait s'agir d'une entité clinique nettement définie, mais bien plus d'un syndrome :

— tantôt semblant évoluer pour son propre compte,

— tantôt venant se surajouter à un tableau clinique déjà connu ; tout en n'amenant pas d'aggravation notable dans l'état du malade, il devra être pris en considération par les troubles occasionnés et par les modifications de traitements à envisager.

Par contre, nous lui accorderons une individualité clinique certaine, en ce sens qu'il s'agit d'une infection évoluant pour son propre compte, et non d'un simple stade évolutif, d'un autre syndrome : infectieux ou non.

D'autre part, s'il suffit de pratiquer l'examen local pour affirmer la lésion, il sera parfois très malaisé

d'en reconnaître la nature ; l'idée qui se présentera en premier lieu à l'esprit, sera celle de néoplasie, et l'évolution, l'étude des examens radiographiques et de laboratoire, parfois même l'incision exploratrice seront nécessaires pour trancher un diagnostic délicat.

*
* *

Nous étudierons tout d'abord l'étiologie.

— puis l'anatomie et l'anatomie pathologique, des infiltrations ligneuses du petit bassin.

— Dans une troisième partie, nous envisagerons la symptomatologie et les différents examens à pratiquer,

— Enfin nous passerons en revue les différentes affections avec lesquelles elles peuvent être confondues.

— Puis viendra le traitement chirurgical ainsi que les adjuvants médicaux ou électriques qui ont été proposés.

HISTORIQUE

L'étude des infiltrations ligneuses pelviennes est d'acquisition relativement récente ; si l'on parcourt la littérature urologique classique, en aucun point, dans leurs cours cliniques : ni Civiale, ni Guyon, ni Segond, n'y font allusion : C'est le stade où l'on parle de « carcinose prostatopelvienne ».

Ce sont Kirrnisson et Desnos qui semblent avoir les premiers, non pas individualisé, mais entrevu cette affection : en effet, Kirrnisson, en 1887, dans la *Gazette des Hôpitaux* ; Desnos, en 1889, dans les *Annales des maladies des organes génito-urinaires*, posent le problème de la « transformation fibreuse des tissus périprostatiques à la suite des suppurations prostatiques ». Encore pouvons-nous nous demander, lorsque nous relisons ces observations anciennes, incomplètes, correspondant à une période pré-bactériologique et pré-anatomopathologique de la chirurgie et de l'urologie, si ces auteurs avaient une idée très précise des troubles qu'ils décrivaient, et si pour eux, prostatites, périprostatites, infiltrations ou phlegmon ligneux, rétrécissements du rectum, valvules rectales, ne formaient pas une seule et même maladie aboutissant rare mais possible de l'urétrite gonococcique aiguë, avec inflammation prostatique.

En réalité, c'est Reclus, en 1893, qui éclaira d'un jour nouveau la pathologie, en décrivant le phlegmon ligneux du cou. Très rapidement, nous voyons divers auteurs étendre le cadre du phlegmon ligneux du cou aux diverses espaces cellulaires de l'individu : tout d'abord, Batsère, en 1894, puis Marion, puis Saussié, rapportent et discutent des cas de phlegmons ligneux du cou, de la région rénale, de la paroi abdominale. Legueu, en 1909, à l'Association française d'Urologie, cite un cas de phlegmon ligneux de la cavité de Retzius. Richard, dans sa thèse en 1912, résume l'état actuel de la question. Enfin, à la même époque, Delbet décrit chez la femme, le phlegmon ligneux de la gaine hypogastrique.

Quoiqu'il en soit, depuis cette date et jusqu'à nos jours, les infiltrations ligneuses pelviennes restent peu étudiées :

— les ouvrages classiques, Albarran, Legueu, Marion, n'y font que de brèves allusions.

— Dans les Sociétés savantes, aux Congrès d'urologie, leur nom vient parfois aux lèvres : Citons Pæsteau au XXIX^e Congrès d'urologie, Hogge, Oraison, au XXXII^e Congrès.

Il semble que cette maladie n'ait pas attiré l'attention des auteurs, qu'elle ait été cause d'erreurs de diagnostic ou bien qu'en raison de la longueur de l'évolution, du peu de résultats obtenus par les différents traitements médicaux, on en soit arrivé à cette notion de chronicité et d'incurabilité qui fait perdre beaucoup d'intérêt à une affection.

Plus récemment, dans les rapports et ouvrages parus sur les suppurations périvésicales (Aversenq, Dominiçi), il n'est fait que mention très succincte de ces syndromes qui en constituent pourtant une forme subaiguë ou chronique.

A l'étranger, ces infiltrations ne sont pas plus étudiées qu'en France. En Autriche : V. Blum, Ullmann ; en Espagne, Perez Grande ; en Amérique, David M. Davis, Franklin Farmann et Strachstein, étudiant les prostatites, leur étiologie et leurs traitements citent les prostatites et infiltrations ligneuses, mais sans s'y attarder.

Il nous faut arriver, en 1936, pour trouver dans la thèse de Quéreux, une étude plus précise de ce sujet.

ETIOLOGIE

La recherche de l'étiologie constitue un des problèmes importants dans l'étude de ces affections, car d'une étiologie différente pourra dépendre parfois une thérapeutique un peu spéciale.

FREQUENCE

Les prostatites ligneuses, les infiltrations ligneuses, d'origine génito-urinaire, ne constituent pas une affection fréquente. Dans les cas publiés dans la littérature nous n'avons retenu que neuf observations de malades qui rentrent dans le cadre de notre étude ; certaines observations incomplètes ont dû être éliminées ; d'autres où l'infiltration dépassait la sphère génito-urinaire sortaient des limites de cette description.

D'autre part, nous avons suivi et traité personnellement dans le service du professeur Marion, trois cas typiques. Ces infiltrations restent donc rares et si l'on pouvait leur attribuer une place dans le cadre général des infiltrations ligneuses sur l'individu, elles viendraient loin derrière les phlegmons ligneux du cou, loin derrière les phlegmons ligneux du ligament large, leur homologue chez la femme. Par contre, elles

semblent plus fréquentes que les infiltrations de la loge rénale et de la paroi abdominale pour ne citer que les deux principales localisations dont les cas aient été publiés depuis les travaux de Reclus.

AGE

La notion de l'âge intervient peu dans leur genèse : elles sont de toutes les époques, cependant comme nous allons le remarquer, leur étiologie semble réglée la plupart du temps par le cycle génital ; ce sera par conséquent à la période d'activité de l'organisme d'une part, à la période des troubles de ce cycle génital, d'autre part, que nous verrons avec une particulière fréquence se développer les infiltrations ligneuses, c'est-à-dire entre 30 et 45 ans, et après 60 ans.

ETAT GENERAL

Reclus étudiant le phlegmon ligneux en général, voulait faire jouer un rôle important dans sa formation à toute cause de déficience de l'organisme : ce serait avant tout l'apanage des malades âgés, affaiblis, des suppurants chroniques.

C'est évidemment là une constatation fréquente, mais n'est-on pas en droit de se demander si la même infection déterminante survenant chez un sujet sain ne donnerait pas lieu à une suppuration aiguë par exemple ?

L'état d'affaiblissement, d'infection chronique, de l'individu jouerait alors, non comme cause déclan-

chante, mais par action frénatrice, créant une sorte d'auto-vaccination du sujet.

On a voulu également faire jouer un rôle important aux diathèses, lymphatisme, arthritisme, diabète. Elles créeraient ainsi un terrain favorable en éternisant l'infection de voisinage; le terrain environnant pourrait réagir à temps par le processus de sclérose qui briderait l'infection : cette interprétation est plausible, mais fort discutable.

CAUSES DETERMINANTES

L'étiologie de ces affections a été très discutée. Nombreuses et variées sont les causes invoquées : nous pouvons, schématiquement les classer de la façon suivante :

- traumatismes,
- lithiase,
- suppurations aiguës et subaiguës,
- les prostatiques,
- les infiltrations à étiologie méconnue.

A. — TRAUMATISMES

Dans un premier groupe, nous étudierons les prostatites et les infiltrations ligneuses pelviennes d'origine traumatique : nous prendrons d'ailleurs ce mot dans son sens le plus large.

En effet :

a) Tantôt il s'agit d'un *traumatisme important* ; que celui-ci agisse par action directe (Obs. n° 2), l'agent

traumatisant, lésant directement la prostate ou l'urètre prostatique par l'intermédiaire du périnée — par contusion — qu'il agisse par action indirecte (obs. n° 1) le traumatisme déterminant une lésion prostatato-urétrale par dépression, traction musculaire (au cours de fractures du bassin par exemple), le mécanisme est toujours le même ; il y a formation d'un hématome prostatato-urétral plus ou moins volumineux : la plaie urétrale souvent minime et sans manifestation clinique, suffit à déterminer l'infection de cet hématome. Si cette infection est un peu tardive et peu virulente, si l'hématome a eu le temps de s'organiser partiellement, si l'individu a eu le temps de réagir, il n'en faut pas plus pour que l'on assiste à la création d'une lésion de sclérose diffuse typique.

b) Tantôt au contraire ce seront des *traumatismes minimes*, mais souvent répétés qui créeront la lésion et nous rangerons dans cette catégorie :

— les sondages répétés chez les vieux urinaires, car il est à remarquer que si la sonde « à demeure » ou non, est employée bien souvent pour lutter contre l'infection urinaire, elle peut être à la base d'infections urinaires.

— les massages prostatiques intempestifs,

— la pose d'une sonde à radium,

— les fausses routes.

Dans tous ces cas la plaie de la prostate, les éraillures de la muqueuse urétrale détermineront une infection discrète mais infiltrante et chronique.

c) Tantôt enfin ce sera un *traumatisme opératoire* que l'on pourra invoquer.

Sans insister sur les prostatectomies ou adénomectomies sur lesquelles nous reviendrons, disons que toute opération sur la région de l'urètre prostatique peut être à la base d'une infiltration ligneuse. Parmi les plus fréquentes, citons les petites interventions :
dilatations au béniqué,
urétrotomie interne.

Nous en rapprocherons les corps étranger : à côté du tube de verre signalé par Jeanbrau (obs. n° 3) tout corps étranger d'origine opératoire, compresse, mèche prostatique, peut être la cause de bien des méfaits par l'irritation et l'infection latente qu'il entretient.

B. — LITHIASÉ DES VOIES URINAIRES INFÉRIEURES

Elle constitue le deuxième grand facteur étiologique des infiltrations ligneuses pelviennes : lithiasé vésicale, lithiasé urétrale, lithiasé prostatique, autant de causes différentes qu'il est souvent impossible de dissocier par leur intrication même. Tel le cas de Franck et Boeckel (obs. n° 4) où le petit malade présentait à la fois des calculs vésicaux et urétraux ; de même, des calculs prostatiques pourront à la fois siéger dans l'urètre prostatique et dans l'épaisseur même de la glande. D'ailleurs, tel calcul de l'urètre pourra émigrer dans la glande à la faveur d'une cavité ou d'un diverticule, et s'y développer. A l'inverse, tel calcul à point de départ intraglandulaire,

pourra ultérieurement continuer son développement dans l'urètre.

D'autre part, et sans vouloir compliquer outre mesure une question déjà épineuse, il semble bien qu'à côté des cas où la prostatite est secondaire à une lithiase prostatou-urétrale, il y ait des cas typiques de lithiase survenant comme complication d'une prostatite chronique suppurée ou non. On voit combien est étroit le lien que relie la lithiase et ces infiltrations prostatiques.

C. — SUPPURATIONS AIGUES ET SUBAIGUES

Les inflammations de la prostate et de l'urètre, plus que celles de la vessie ou du col (qui donneront plutôt des péricystites) peuvent avoir leur aboutissant dans une infiltration pelvienne chronique ; ici également, il sera souvent bien difficile de différencier cliniquement le point de départ de l'infection.

Cependant, nous distinguerons schématiquement :

a) *les urétrites,*

et avant tout l'urétrite gonococcique. Nous en avons observé un cas typique (obs. n^o 6). A côté des cas où la blennorragie aboutit à une prostatite aiguë suppurée, il existe des cas où l'on verra s'installer peu à peu une forme chronique infiltrante, sans qu'à aucun moment dans l'histoire du malade on ne puisse relater d'épisode aigu. Cette prostatite scléreuse peut se développer précocement en pleine urétrite aiguë, mais souvent, c'est plus tardivement et peu à peu, au mo-

ment où l'on peut espérer la guérison, que se constitue un tableau d'infiltration diffuse chronique.

Comment expliquer le développement de cette lésion ?

Doit-on admettre comme certains le prétendent, que le gonocoque n'agirait pas seul, qu'il aurait un rôle catalyseur et préparerait la voie aux autres germes ? Aucun examen, aucune observation clinique ne permettent de conclure.

Mais peut-être plus encore qu'après une urétrite aiguë, nous verrons des infiltrations ligneuses se développer à la suite de ces urétrites chroniques désespérément traînantes où existent un ou plusieurs rétrécissements anciens et souvent peu serrés, et qui s'accompagnent d'ulcérations sous-stricturales, de folliculites, de foyers d'adénite avec péri-adénite qui entretiennent l'infection.

b) *Les prostatites aiguës,*

sont souvent à l'origine d'une prostatite ligneuse, et ceci quelle que soit la nature de cette prostatite, qu'il s'agisse d'une infection blennorragique, d'une infection généralisée, ou d'une infection de nature indéterminée (obs. n° 7).

Ce seront, en général, des prostatites suppurées ayant traîné ou ayant été mal traitées, soit qu'elles aient abouti à l'ouverture spontanée, soit qu'elles aient été incisées, mais insuffisamment.

c) *Prostatites subaiguës,*

ce seront sans conteste les prostatites subaiguës qui compteront parmi les facteurs étiologiques les plus importants.

Tantôt ce seront d'anciens blennorragiques présentant des troubles persistants ayant subi des traitements multiples, inefficaces sinon nuisibles (nous avons déjà insisté sur l'aggravation que peuvent causer des massages prostatiques fait hors de propos).

Tantôt, et nous y insisterons avec Hogge [32], ce sont des prostatites chroniques, ni tuberculeuses, ni gonococciques, à symptomatologie trompeuse, à traitement inexistant parce que non reconnues, et dont le pronostic est souvent mauvais, car elles conduisent au prostatisme précoce, à la sclérose prostatique, parfois même rénale.

d) *Diverticules,*

Enfin, à côté des infections aiguës ou subaiguës, ayant une individualité bien établie, il faut faire une place à part à ces infections qui tirent leur origine de malformations de la glande prostatique : les diverticules de la prostate dont Heitz-Boyer a décrit les diverses complications sous le nom de « maladie diverticulaire ».

« Les cavités intra-prostatiques, écrit-il [30], permanentes, stagnantes, plus ou moins infectées, méconnues ou restant latentes pendant des années, peuvent tout naturellement de par leur présence prolongée, de par l'irritation qu'elles perpétuent, abou-

tir à un processus néoformant de la prostate, soit scléreux, soit hypertrophiant, soit scléro-hypertrophiant.

D. — LES PROSTATIQUES

Tous les prostatiques, c'est-à-dire les hommes âgés, à l'état général plus ou moins atteint, et présentant des troubles urinaires en rapport avec un adénome prostatique, peuvent à un moment donné de leur histoire clinique, voir se développer une infiltration ligneuse pelvienne.

a) Avant toute intervention, ou après la simple cystostomie, les adénomateux infectent peu leur prostate. Tous les auteurs, avec Astraldi [2] s'accordent à reconnaître que l'adénome et la prostate proprement dite font deux choses bien distinctes ; d'ailleurs, dans ces cas, il se produirait plutôt un abcès aigu.

Par contre, par la rétention d'urines qu'ils occasionnent, l'infection urinaire qu'ils créent et entretiennent, les sondages qu'ils nécessitent, les adénomes peuvent retentir sur la prostate et aboutir à une infection chronique.

Le Roy [45], étudiant les suppurations locales chez les prostatiques, a montré avec quelle fréquence les adénomes peuvent donner lieu à ces infections locales et a insisté à côté des formes aiguës suppuratives sur ces formes chroniques primitives ou secondaires que l'on retrouve assez souvent dans la littérature.

b) Après intervention, au contraire les infiltrations ligneuses sont très fréquentes, l'infection de ces ma-

lades qui sont des urinaires de vieille date, existe à l'état plus ou moins latent.

Il faut bien reconnaître qu'après intervention elle sera aidée et entretenue en ce qui concerne la loge prostatique par les anfractuosités, déchirures ou sailles effectuées au moment de l'adénomectomie ; à plus forte raison si cet adénome était infecté, si cette prostate présentait des lésions telles que cellules, cavernes ou diverticules.

Ces infiltrations qui surviennent après adénomectomie se voient-elles après les résections endoscopiques ? *A priori*, rien ne s'y oppose, mais nous n'en avons retrouvé aucune observation publiée. D'ailleurs, nous connaissons le danger des résections prostatiques en milieu préalablement infecté.

Quand se développent-elles par rapport à l'intervention ? Quelquefois précocement, mais c'est un fait rare. Les infiltrations précoces aboutissent à la formation d'un abcès. Le plus souvent tardivement, des semaines ou des mois après, et l'observation de Thévenot et Creyssel (obs. n° 5) en est une illustration frappante. Dans ces cas, il faut admettre que l'infection est créée ou entretenue par la mauvaise cicatrisation des tissus prostatovésicaux.

— A plus forte raison, s'il existe un diaphragme inter-vésico-prostatique qui empêche le large drainage de la vessie.

— Ou bien une malformation vésicale, calcul ou diverticule, qui entretiennent l'infection urinaire.

E. — INFILTRATIONS LIGNEUSES PELVIENNES
D'ORIGINE MECONNUE

Enfin, dans bien des cas, peut-être les plus nombreux, malgré l'enquête la plus minutieuse, on ne retrouve aucune étiologie.

Marion en rapporte 4 cas (obs. n° 5) et nous-même, dans deux de nos observations (obs. n° 11 et 12), malgré l'étude la plus approfondie des antécédents, ne pûmes invoquer le moindre état pathologique antérieur, ces infiltrations semblant s'être développées spontanément.

Doit-on, dans ces cas, comme Tilliaux, faire jouer un rôle étiologique à la syphilis, aussi bien acquise que congénitale? Nous ne le pensons pas, car aucun examen sérologique ou histologique, aucune épreuve thérapeutique, n'est venu confirmer une telle hypothèse.

Une étiologie tuberculeuse ne se vérifie pas également, pour des raisons analogues.

L'on devra plutôt rechercher une infection latente de voisinage, une spermatocystite, et, à maintes reprises, Marion, Legueu, Rochet [50 et 69] ont insisté sur le rôle des vésicules séminales dans les affections prostatiques. On devra même rechercher l'étiologie dans une cystite ou une infection des voies urinaires supérieures.

C'est peut-être dans ces cas également que l'on pourrait songer à toutes les causes de congestion prostatique avec hypersécrétion glandulaire et stagnation, et l'on pourrait invoquer :

- d'une part, les contusions chroniques, abus de cheval, abus de bicyclette;
- d'autre part, les congestions par stase ou hyperactivité glandulaire (sédentarisme, abus du coït, usage de certains produits balsamiques, cantharidiques ou diurétiques).

PATHOGENIE

La pathogénie des infiltrations ligneuses pelviennes est complexe et comprend plusieurs problèmes à envisager.

A) QUEL EST LE MÉCANISME DÉTERMINANT ?

Comment se développent de telles affections ?

Comment des tissus à consistance ferme, comme le tissu glandulaire prostatique, des tissus souples, comme ceux des plans aponévrotiques, peuvent-ils s'infiltrer et acquérir une telle dureté ?

S'agit-il d'un processus mécanique, d'une compression vasculaire, veineuse ou lymphatique, d'un trouble artériel ?

Peut-on invoquer, comme pour l'artério-sclérose, une origine due à une grande différence de pression survenant chez des sujets prédisposés à faire de la dégénérescence fibreuse ?

Nous croyons pouvoir répondre par la négative à toutes ces questions. Les prostatiques et infiltrations pelviennes ligneuses surviennent souvent chez des sujets jeunes et aucun trouble de cet ordre ne peut être invoqué.

Reste l'origine infectieuse. C'est Reclus qui, le premier, démontra la nature inflammatoire du phlegmon ligneux en général: ayant traité un phlegmon du cou survenu chez un diphtérique, il en obtint une guérison complète par la sérothérapie.

Certes, cette nature infectieuse a été combattue et a soulevé bien des objections: les hémocultures, chez ces sujets, se sont toujours montrées négatives. Jamais les biopsies n'ont permis de déceler de germes, et chaque fois que l'on a tenté des cultures elles furent négatives ou donnèrent des résultats tellement déconcertants ou tardifs que l'on n'en pouvait tirer aucune conclusion. Enfin, dernière objection, les essais de réinoculation à l'animal n'ont jamais été couronnés de succès.

En réalité, quand on étudie les différentes étiologies, on retrouve toujours à la base un facteur infectieux, mais celui-ci est souvent minime, et si la réaction de défense de l'organisme contre l'envahisseur est suffisante, le processus de sclérose l'emportera sur le processus de suppuration. Certes cette suppuration existe toujours, mais elle est tellement minime, peu marquée, souvent microscopique et toujours perdue dans la coque infiltrante, qu'elle peut passer inaperçue.

B) La nature inflammatoire étant indiscutable. QUEL EN EST LE GERME? et quelle en est LA PORTE D'ENTRÉE?

Retrouver le germe qui détermine de telles lésions est difficile et même impossible. Jamais nous l'avons dit, il n'a été possible d'isoler un germe, soit par culture, soit par hémoculture. Dans ces conditions, peut-on parler de germe spécifique ou de germe banal? On en est réduit aux hypothèses, mais il est vraisemblable qu'il n'y a là aucune spécificité, et que tous les germes qui peuvent donner des suppurations peuvent également être à la base d'infiltrations chroniques: tels le streptocoque, le staphylocoque, et avant tout le colibacille et le gonocoque.

Au surplus, dans bien des cas, il doit se produire des associations microbiennes complexes; d'aucuns n'ont-ils pas voulu faire jouer au gonocoque le rôle déclencheur qui préparerait le terrain à l'infection secondaire.

D'ailleurs, il faut bien reconnaître que dans tous les cas où on a cru avoir de bonnes raisons de suspecter tel germe (cas d'une prostatite chronique secondaire à une prostatite aiguë) tous les essais de thérapeutique spécifique ont été absolument inopérants.

Comment alors expliquer la lente évolution de ces infections et leur tendance à la sclérose? C'est ici que l'on peut faire intervenir:

— le terrain. Il s'agit de sujets affaiblis où la réaction polynucléaire ne peut se déclencher;

— l'atténuation de virulence du germe. Tout se présente en somme comme si ces malades étaient des « *vaccinés partiels* ».

Quant à la porte d'entrée elle s'explique facilement: elle est locale, et il suffit de parcourir les différentes possibilités étiologiques pour se rendre compte que le processus est, en réalité, toujours semblable à lui-même: lésion plus ou moins microscopique de la muqueuse vésicale, urétrale ou prostatique, passage de l'infection dans la glande, puis extension.

C) Mais alors, comment se développe l'infiltration?
QUELLE EST SA PROPAGATION?

Nous rangeant à l'avis de Guyon et de Segond, nous admettons qu'une collection peut se propager de deux manières: par propagation et par diffusion.

Ce n'est certes pas par diffusion que se propagent les infiltrations ligneuses pelviennes. Car ce processus exigerait la formation d'une collection suppurée sous pression siégeant dans une loge trop étroite et ayant tendance, pour s'agrandir, à effondrer les tissus avoisinants.

C'est uniquement par propagation que s'explique l'extension de ces lésions. Cette propagation peut se faire elle-même par:

- voie veineuse;
- voie lymphatique;
- voie celluleuse.

Il est d'ailleurs bien difficile de dire quelle voie l'emporte sur les autres, mais il est bien probable que dans de nombreux cas le processus doit être mixte.

DEUXIÈME PARTIE
ANATOMIE
ANATOMIE PATHOLOGIQUE

ANATOMIE

Pour comprendre la formation et le développement des infiltrations ligneuses pelviennes d'origine génito-urinaire, pour pouvoir instituer un traitement approprié, il nous sera utile de faire un bref rappel anatomique.

Nous n'avons pas l'intention de faire une étude détaillée de la prostate et des aponévroses du petit bassin, de discuter les différentes théories que leur constitution a fait naître, mais seulement d'envisager comment cette région se présente opératoirement.

I. — SCHEMATIQUEMENT

La prostate [1-49] est une masse glandulaire englobant la partie initiale de l'urètre masculin.

Elle repose sur le plancher périnéal dans l'écartement des releveurs, est située en arrière de la symphyse pubienne, en avant du rectum, au-dessous de la vessie.

LA LOGE (figures 1 et 2).

— Dans cette situation la prostate se trouve fixée solidement par ses connexions avec l'urètre dans une capsule propre, émanation du tissu cellulaire du petit bassin, puis dans une loge aponévrotique, à la forma-

tion de laquelle concourent les différentes aponévroses pelviennes.

Cette loge comprend à considérer six parois:

— *en bas*, la prostate repose sur le plancher urogénital, et plus particulièrement sur le feuillet supérieur de l'aponévrose périnéale moyenne: celui-ci, né du noyau fibreux central du périnée, en arrière, recouvre la face supérieure du muscle transverse profond, puis s'unit au feuillet inférieur de cette même aponévrose bien plus puissant encore appelé ligament de Carcassonne ou ligament suspenseur des organes érectiles.

Il devient alors le ligament transverse du pelvis, puis, sous le nom de lamelle sous-pubienne, s'unit sous la symphyse au ligament arqué sous-pubien.

Cet ensemble de formation fibreuse forme un tout très résistant.

— *en avant*, la loge est fermée par la lamelle préprostatique qui s'étend du ligament transverse du pelvis aux ligaments pubo-vésicaux et sépare la prostate de la loge du plexus de Santorini.

C'est une formation fibreuse peu importante, et qui permettra toute communication entre la loge prostatique et le plexus.

D'autre part, par l'intermédiaire de l'interstice compris entre les deux ligaments pubo-vésicaux, le plexus de Santorini communique avec la loge de Retzius. Nous verrons quelles conclusions en déduire.

— *en arrière*, la loge est fermée par la puissante aponévrose prostato-péritonéale de Denonvilliers qui

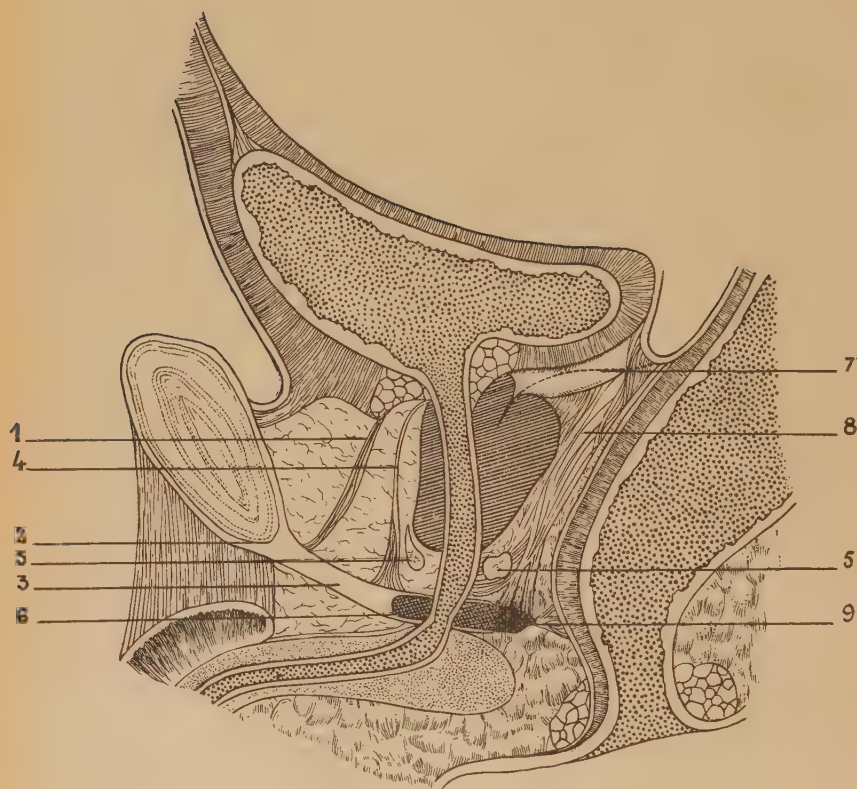


FIG. 1. — Loge prostatique de profil (schéma)

1) Ligaments pubo-vésicaux. — 2) Ligament arqué sous-pubien. — 3) Ligament transverse du pelvis et lamelle sous-pubienne. — 4) Lamelle préprostatique. — 5) Sphincter strié. — 6) Transverse profond avec les deux feuillets d'enveloppe de l'aponévrose périnéale moyenne. — 7) Feuillelet antérieur de l'aponévrose de Denonvilliers. — 8) Aponévrose prostatopéritonéale. — 9) Muscle recto-urétral. — Toutes ces formations concourent à former par leur intrication le noyau fibreux central du périnée, représenté ici schématiquement en noir.

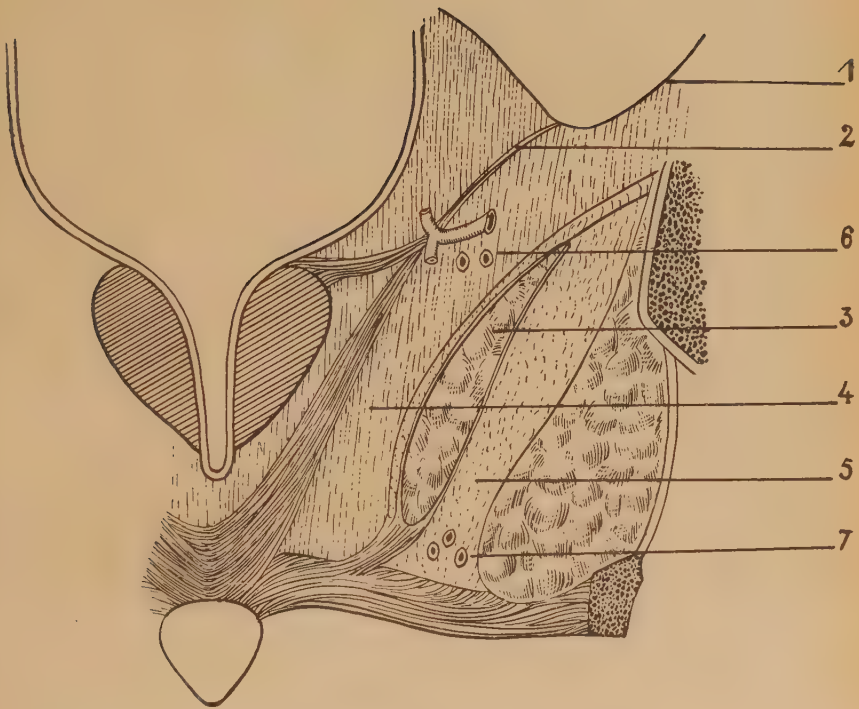


FIG. 2. — Coupe de la région prostatique (plan frontal)

1) Péritoine. — 2) Lamé latéro-prostatique. — 3) Releveur de l'anús. — 4) Espace pelvi-rectal supérieur. — 5) Partie antérieure de l'espace ischio-rectal. — 6) Vaisseaux prostatiques et vésicaux. — 7) Vaisseaux honteux internes. — Les différentes formations fibreuses viennent toutes aboutir au plancher uro-génital, ligament suspenseur des organes érectiles.

s'étend du cul-de-sac de Douglas au noyau fibreux central du périnée.

Formation complexe à laquelle concourent l'accolement péritonéal, la condensation de la gaine hypogastrique et des fibres propres. C'est une formation solide opposant une barrière certaine aux propagations.

En avant et en arrière les deux aponévroses pré et rétro-prostatiques sont accolées sur les deux côtés aux aponévroses latérales.

— *latéralement*, la loge est constituée par les ligaments sacro-recto-génito-pubiens dans leur portion para-prostatique.

Formations également complexes composées de fibres venues de l'aponévrose supérieure du releveur de l'anus, de condensation celluleuse autour de l'arrière hypogastrique, de fibres propres, elles forment une lame aponévrotique fort disparate et inégale, tantôt puissante, tantôt mince comme une « toile d'araignée » et se laissant effondrer.

— *en haut* enfin, la loge prostatique n'est fermée que par une mince lame celluleuse d'existence douteuse, émanation de l'aponévrose de Denonvilliers, et qui laisse en réalité communiquer largement les deux loges prostatique et vésicale.

RAPPORTS.

Par l'intermédiaire de cette loge la prostate est en rapport avec:

— *en avant*, la loge rétro-symphysaire et indirectement au-dessus la cavité de Retzius.

— *en arrière*, l'espace prérectal.

— *latéralement*, l'espace pelvi-rectal qui, en haut, n'est fermé que par le péritoine pariétal et, par l'intermédiaire des ligaments sacro-recto-génito-pubiens à la partie tout antérieure de l'espace ischio-rectal.

Toutes ces loges, en réalité fictives parcourues par des vaisseaux et remplies de tissu cellulaire émané de la gaine hypogastrique, seront le siège des infiltrations pelviennes.

VASCULARISATION.

La prostate reçoit son artère principale (artère prostatique venue de l'hypogastrique par l'intermédiaire de la vésicale) par le sommet de ses lobes latéraux.

Ses veines vont au plexus antérieur (Santorini) et aux veines vésicales (longeant l'artère prostatique).

Les lymphatiques [70], après avoir formé un plexus périprostatique, cheminent, les principaux le long de l'artère vers la chaîne hypogastrique; les accessoires vers la chaîne iliaque externe et les ganglions sacrés.

II. — EN THEORIE

La prostate et les éléments adjacents: segment de l'urètre qui la traverse, vésicules séminales et canaux éjaculateurs, portion terminale des uretères forment un tout: une région topographique des plus importantes au point de vue opératoire.

Si l'on s'en rapporte aux travaux d'Aversenq [4-5-6],

d'Aversenq et Dieulafé [7], de Delbet [16], de Dominici [19], le phlegmon devient pelvien dès qu'il sort des limites de la capsule prostatique. La suppuration à point de départ prostatique pourrait alors revêtir un des deux aspects suivants:

— périprostatite, si elle restait en deçà de la loge aponévrotique prostatique;

— extraprostatite si elle franchissait le cap de cette loge.

Ces deux variétés semblent bien individualisées, d'une part par les expérimentations, les injections de gélatine effectuées par les auteurs, d'autre part par la clinique.

III. — EN PRATIQUE

En réalité les faits pathologiques ne peuvent jamais être superposés aux faits expérimentaux. Dès qu'il s'agit d'infiltration ligneuse le schéma de l'envahissement bâti sur les plans aponévrotiques n'a plus aucune valeur. L'extension n'obéit plus à l'anatomie des aponévroses.

L'infiltration née en un point peut s'y cantonner. Elle peut diffuser en gagnant de proche en proche, se servant des points faibles des aponévroses, les englobant dans sa masse, de telle sorte qu'elles finissent par ne faire qu'un bloc avec la glande. Seules, comme nous le verrons au chapitre suivant, des aponévroses, comme l'aponévrose de Denonvilliers ou l'aponévrose périnéale moyenne peuvent offrir une barrière suffisante.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

La relative rareté des prostatites et infiltrations ligneuses pelviennes, leur pronostic relativement favorable, rendent difficile leur étude anatomique. Aucune autopsie, à notre connaissance, n'a été à ce jour relatée. Ce sera donc sur l'étude clinique, sur les constatations opératoires que nous nous baserons pour étudier l'anatomie pathologique de ces affections.

I. — MACROSCOPIQUEMENT

Lorsque l'on intervient pour une telle lésion par périnéotomie on incise d'abord les plans périnéaux superficiels, puis la bandelette recto-urétrale.

Ces tissus sont normaux; pourtant, ce qui frappe à première vue, c'est leur peu de vascularisation; ils saignent peu, à l'inverse de ce qui se produirait si on allait au devant d'une collection suppurée.

Puis on tombe sur la masse ligueuse proprement dite et souvent le doute n'est pas levé sur la nature de la lésion. Le bistouri traverse une masse grisâtre, lardacée, criant sous le couteau, saignant peu ou pas, et d'où à l'incision il ne s'écoule pas de pus.

Cette masse a des limites diffuses; d'ailleurs, selon la forme, l'étendue, le mode anatomique d'évolution

des lésions nous pouvons décrire plusieurs types et nous adopterons la classification suivante:

— *Formes localisées* (prostatites ligneuses, formes localisées latérales);

— *Formes généralisées pelviennes*;

— *Formes à extension extra-pelviennes*.

I. — FORMES LOCALISEES

Elles sont assez fréquentes, puisque sur douze observations que nous avons pu réunir nous avons retrouvé cinq fois un tableau d'infiltration ligneuse n'intéressant pas tout le pelvis.

Il peut s'agir de:

A) PROSTATITES LIGNEUSES PROPREMENT DITES (Obs. 5 et 6).

Dans ce cas, la prostate seule est intéressée à l'intérieur de sa loge (fig. 3 et 5).

La prostate est transformée en un bloc fibreux qui adhère aux parois de sa loge; celles-ci sont également infiltrées, mais on a l'impression que les aponévroses ont fait barrière et que tous les tissus environnants sont sains, au moins macroscopiquement.

B) FORMES LOCALISÉES LATÉRALES (Obs. 7, 11 et 12) (fig. 5).

Dans d'autres cas on trouve une prostate asymétrique: un lobe est gros, dur, ligneux; ses limites en sont imprécises, vers le haut il se prolonge sans solution de continuité en une sorte d'aileron dont on ne peut sentir les limites à bout de doigt.



FIG. 3. — Infiltration ligueuse localisée
« Prostatite ligueuse »

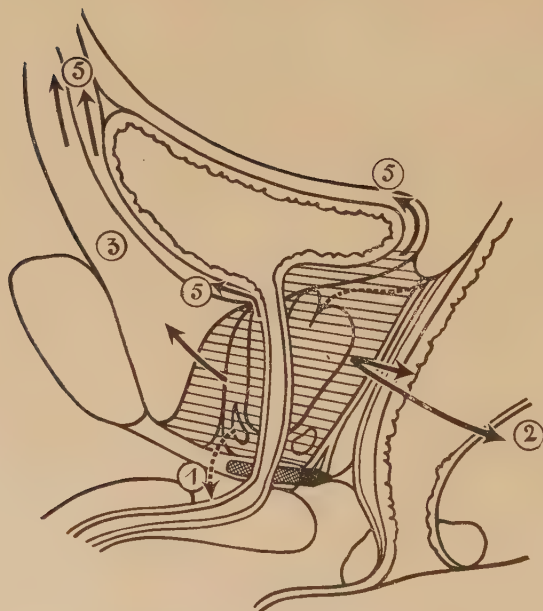


FIG. 4. — Infiltration ligueuse pelvienne généralisée
Extensions pelviennes et extra-pelviennes

L'autre lobe, au contraire, semble normal.

Parfois même la prostate proprement dite semble normale (Obs. 7). La masse ligneuse ne commence qu'au niveau de la corne latérale.

Dans tous ces cas on peut admettre que l'infection causale n'a pénétré que dans un lobe prostatique, puis par voie sanguine ou lymphatique gagne le paquet vasculaire hypogastrique par la voie principale.

Ces formes constitueraient la variété la plus typique des infiltrations ligneuses pelviennes. Elles sont l'homologue des infiltrations du ligament large chez la femme et correspondent aux phlegmons de la gaine hypogastrique que Delbet (17) a décrits à plusieurs reprises.

II. — INFILTRATION LIGNEUSE PELVIENNE D'ORIGINE GENITO-URINAIRE

C'est la forme généralisée à limites diffuses, mais dont nous allons cependant essayer de préciser la topographie.

Nous en avons retrouvé six cas plus ou moins typiques (Obs. 2, 3, 5, 8, 9 et 10).

La prostate (fig. 4 et 6) forme ici le centre d'un bloc fibreux qui :

— *en avant* dépasse la fragile barrière de la lame pré-prostatique et s'étend jusqu'au pubis ;

— *en bas* s'arrête au plan de l'aponévrose moyenne ;

— *en arrière* s'arrête en principe au feuillet posté-

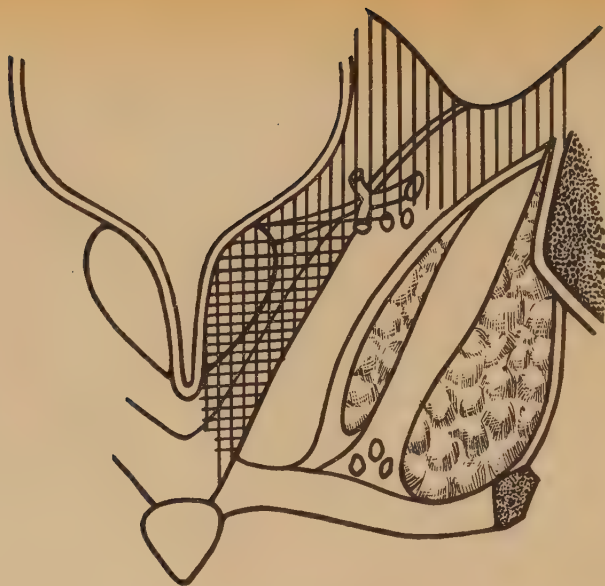


FIG. 5. — Infiltrations ligneuses localisées
 (en traits horizontaux : prostatite ligneuse)
 (en traits verticaux : forme localisée latérale)

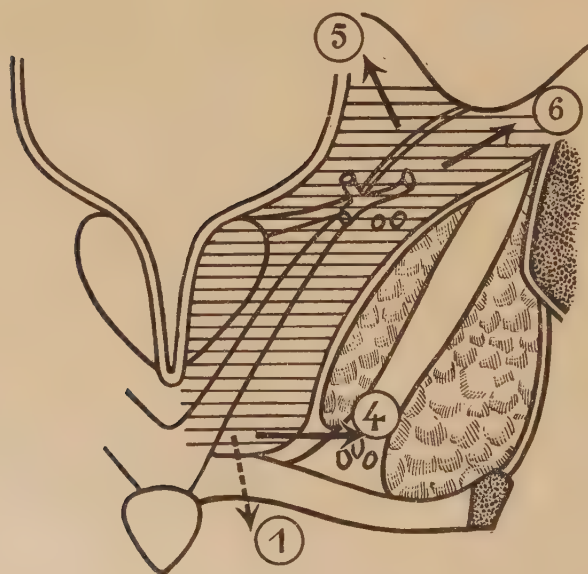


FIG. 6. — Infiltration ligneuse pelvienne généralisée
 Extensions pelviennes et extra-pelviennes

rieur de l'aponévrose prostatopéritonéale, respectant la loge prérectale;

— *en haut* s'étend jusqu'à la vessie et au péritoine. Nous verrons à la cystoscopie que l'on peut retrouver sur la muqueuse des traces de cette infiltration. D'autre part, dans l'observation n° 5, où l'on réintervint par cystostomie, on put, par l'ouverture sus-pubienne, prélever un fragment de la masse ligneuse au niveau du bas-fond.

— *latéralement*, enfin, déborde les lames latéroprostatiques, envahit l'espace pelvi-rectal supérieur et s'étend jusqu'aux parois du bassin, représentées en haut par l'os iliaque, en bas par le releveur de l'anus, qui peut lui-même être infiltré.

III. — LES EXTENSIONS PELVIENNES ET EXTRA-PELVIENNES

Mais à côté de ces formes nettement pelviennes d'autres infiltrations peuvent s'accompagner non pas de fusées, mais de prolongements divers, qui en font autant de formes anatomiques et cliniques:

1° Certaines extensions sont EXCEPTIONNELLES: les extensions vers le bas, vers la loge périnéale superficielle. Nous avons vu que l'aponévrose périnéale moyenne forme une barrière à peu près infranchissable (fig. 4 et 6, n° 1.);

2° D'autres sont RARES:

a) Nous savons qu'en général l'infiltration s'arrête

en arrière à l'aponévrose de Denonvilliers, respectant la *loge rectale*.

Cliniquement la muqueuse rectale est lisse et souple. A l'intervention le rectum se refoule aisément.

Mais, dans certains cas, l'aponévrose prostatopéritonéale se laisse envahir et dépasser; l'infiltration gagne la loge rectale et s'étend jusqu'au sacrum encerclant le rectum dans sa gangue fibreuse (fig. 4, n° 2).

b) Dans d'autres cas le processus infiltrant envahit la *cavité de Retzius*.

Anatomiquement il y a communication à travers les ligaments pubo-vésicaux entre la cavité de Retzius et la loge du plexus de Santorini. En réalité, avec Aversenq et Dominici, il faut bien reconnaître que les infections de la cavité de Retzius d'origine génito-urinaire sont rares. Et si ces auteurs admettent la proportion de 20 % pour les collections suppurées, ce chiffre paraît encore trop élevé quand il s'agit d'infiltration ligneuse.

Quoi qu'il en soit, quand la cavité de Retzius est envahie (fig. 4, n° 3) on comprend que ces infiltrations puissent venir apparaître sur la paroi abdominale antérieure au-dessus du pubis.

c) Enfin, il est une autre extension assez rare, celle de la cavité *ischio-rectale* dans son prolongement antérieur (fig. 6, n° 4), qui correspond à la partie antérieure de l'espace pelvi-rectal.

3° Par contre, certaines extensions sont tellement

FRÉQUENTES qu'elles font partie plus ou moins du tableau clinique normal. Ce sont les extensions à la loge vésicale et à la paroi latérale du bassin.

a) *La loge vésicale* qui communique largement avec la loge prostatique, se ressent presque toujours de l'atteinte prostatique. Nous avons vu que le bas-fond vésical au cystoscope et à l'intervention est toujours trouvé infiltré. Lorsque le processus envahissant est plus intense, tout le tissu cellulaire sous-séreux de la vessie peut être intéressé en avant comme en arrière. En arrière le péritoine est respecté, en avant l'infiltration pourra remonter entre aponévrose ombilico-prévésicale et péritoine (fig. 4 et 6, n° 5).

On comprend ainsi qu'au niveau de la paroi abdominale antérieure on puisse avoir deux types anatomiques d'infiltration selon leur origine et par rapport à l'aponévrose prévésicale.

Cliniquement d'ailleurs, il devient impossible de les distinguer.

b) Dans les formes généralisées il n'est pas rare que l'on sente la masse ligneuse se prolonger par deux cornes supérieures. Elles correspondent à l'envahissement des *deux espaces pelvi-rectaux* supérieurs (fig. 6, n° 6).

Or ceux-ci ne sont fermés en haut que par le péritoine, ils constituent une région riche en tissu cellulaire, leur infiltration qui fait partie du tableau anatomique peut, dans certains cas, atteindre de grandes proportions, remonter entre péritoine et paroi et venir apparaître dans la fosse iliaque. Ce qui explique que,

dans certains cas, on puisse, par palpation profonde, sentir le phlegmon ligneux derrière l'arcade crurale.

IV. — LES ORGANES AVOISINANTS

Les vésicules séminales, les uretères, la vessie et son col participent de façon constante au processus inflammatoire prostatique.

1° *Vésicules séminales.* — Marion [50], étudiant l'atteinte des vésicules séminales au cours des cancers prostatiques et des prostatites chroniques, en déduit que cliniquement des vésicules grosses et dures traduisent un néoplasme; dans la prostatite chronique, au contraire, elles seraient normales.

Or, dans les infiltrations ligneuses pelviennes les vésicules séminales sont presque toujours dures, infiltrées par extension du processus inflammatoire, et non pas seulement fermes et grosses, par dilatation rétrograde par suite de l'envahissement des canaux éjaculateurs.

Quand les lésions prostatiques et périprostatiques seront guéries, les vésicules, spontanément reprendront leur souplesse.

2° *La vessie.* — Au niveau de son bas-fond et de son col est également atteinte. Au niveau du bas-fond il se produira ce que les Américains ont décrit sous le nom de « médian bar », barre inter-urétérale [15].

Au niveau du col le processus de sclérose produira une des variétés des maladies du col, « forme acquise » que Marion a décrites.

3° Enfin les uretères, dans leur portion terminale,

peuvent être englobés par le processus infiltrant. Il faut d'ailleurs reconnaître que cette éventualité est beaucoup plus rare que dans le cancer.

V. — EVOLUTION ANATOMIQUE

Les infiltrations ligneuses pelviennes se forment et s'accroissent peu à peu; arrivées à un certain stade elles ont tendance à rester stationnaires et abandonnées à elles-mêmes, elles ne se résorberont que très lentement.

Jamais elles n'évolueront vers la suppuration, et si, à l'incision, il est trouvé du pus, il doit être considéré non comme une forme d'évolution, mais comme un résidu de l'affection causale.

Par contre, après l'incision, la réparation est très rapide et se fait en quelques semaines.

II. — HISTOLOGIQUEMENT

Les lésions constatées à l'examen des coupes microscopiques (Obs. 5, 6, 11 et 12) ne présentent, comme d'ailleurs toutes les autres infiltrations ligneuses [12 et 75], aucun caractère spécifique.

a) Au niveau de la prostate le tissu fibreux occupe la plus grande partie des coupes; le stroma conjonctif interglandulaire est remplacé par du tissu de sclérose inflammatoire. On constate « une abondance de cellules à noyau allongé, de type conjonctif, disséminées au milieu de trousseaux collagènes ». Dans ce stroma

on note par endroits des néoformations vasculaires, quelques lésions de névrite et de périnévrite.

En aucun point on ne trouve de polynucléaires, mais des îlots de mononucléaires à plasmocytes.

Les éléments glandulaires sont comme noyés, « étouffés » et, sans être détruits, peuvent être atrophiés, diminués dans leur fonctionnement. Enfin, par place, on trouve des îlots de tissu glandulaire normal.

b) Cette sclérose gagne d'ailleurs la capsule conjonctivo-musculaire de la prostate et de là diffuse plus ou moins, atteint le tissu cellulo-conjonctif des plans pelviens, envahissant les différents espaces, les muscles, diffusant grâce aux aponévroses, aux paquets vasculaires.

c) Un fait important est à noter; même après des examens minutieux, en prenant des coupes en différents points, jamais l'on ne trouve de zones de transformation néoplasique.

d) Dans les cas où l'étiologie reste imprécise et a pu faire songer à une infiltration par infection générale, jamais on ne pourra mettre en évidence de signes permettant d'affirmer une telle étiologie. La présence de spirochètes, de B.K., de cellules géantes, n'a jamais été signalée.

e) Enfin, en certains points, comme à l'examen direct, on pourra retrouver des abcès miliaires à ger-

mes divers, qui ne devront pas être interprétés comme une évolution vers la suppuration de l'infiltration ligneuse.

f) Mais ce qui importe plus que la banalité des lésions inflammatoires chroniques trouvées, c'est d'en **connaître l'évolution**. Or, même traitées précocement, même guéries cliniquement par la résolution spontanée ou l'intervention, les lésions de sclérose sont définitivement acquises une fois constituées. Il en résultera des troubles sur lesquels nous reviendrons.

TROISIÈME PARTIE
SYMPTOMATOLOGIE

CLINIQUE

Si l'on relit les diverses observations que nous avons collationnées, on est frappé immédiatement de la pauvreté du tableau clinique. En effet, rien n'est moins typique, moins schématique, rien ne se présente avec des symptômes plus variables qu'une infiltration ligneuse pelvienne.

D'autre part, et nous devons y insister, il n'y a jamais superposition entre les faits cliniques et les formes anatomo-pathologiques: la même allure clinique peut se retrouver avec des processus dont les localisations sont différentes; à l'inverse deux cas anatomiques sensiblement semblables pourront avoir des allures fort diverses.

En résumé, des signes généraux des plus inconstants, des signes fonctionnels pouvant attirer l'attention de tout autre côté, seul le toucher rectal permettra de reconnaître l'existence de la lésion, sinon sa nature.

Ces malades se présenteront donc dans des conditions fort différentes.

— Tantôt nous retrouverons dans les antécédents un traumatisme (Obs. 1 et 2), et celui-ci peut être minime, parfois déjà lointain. L'interrogatoire devra

s'efforcer de faire préciser dans quelles conditions il s'est produit, quelle a été son intensité, sa fréquence, sa répétition si elle a eu lieu: tels les traumatismes d'ordre thérapeutique, sondages, dilatations au béniqué.

— Tantôt l'infiltration ligneuse (Obs. 6 et 7) succède à une infection aiguë; celle-ci a été reconnue, car elle s'est traduite par une phase infectieuse, elle a été traitée médicalement ou chirurgicalement. Mais alors qu'on croyait la guérison proche on s'aperçoit que la température ne rejoint pas la normale, il n'y a plus de douleurs vraies, mais une gêne fonctionnelle à la miction, une dysurie, qui vont en augmentant. Enfin, au toucher rectal, l'état local se modifie peu à peu.

Dans d'autres cas c'est un malade qui a présenté un épisode aigu et qui n'est vu que tardivement au moment où il présente déjà une fistule périnéale ou rectale.

— Tantôt il s'agira d'un malade porteur d'une hypertrophie prostatique, traitée de longue date. Mais depuis quelque temps on note des modifications dans son habitus.

Aux signes du prostatisme, dysurie, pollakiurie, mictions retardées, modifications du jet, rétention, s'ajoutent d'autres symptômes qui doivent faire redouter un changement local:

— il apparaît du ténesme;

— la miction devient douloureuse surtout à la période terminale;

— des douleurs vraies irradiant dans tout le petit bassin;

— la température fait son apparition en même temps que l'état général s'altère et s'accompagne d'amaigrissement et d'anorexie;

— cependant les urines restent claires.

— Tantôt (Obs. 8 et 9) il s'agit d'un malade qui a un long passé urinaire, c'est un rétréci ayant négligé depuis longtemps tout traitement et chez lequel l'urétrite chronique et l'infection se sont progressivement accrues. On retrouve chez lui aisément tous les antécédents de gonorrhée et les signes de la blennorragie chronique (goutte matinale, filaments).

— Mais bien souvent (Obs. 2) les infiltrations ligneuses pelviennes seront absolument latentes. Le malade se présente avec sa lésion définitivement constituée et consultera pour un malaise d'ordre général, une température inexpliquée. Seule une exploration méthodique fera reconnaître l'existence de la lésion.

Ou bien ce sont des signes des plus variables et qui ne semblent pas au premier abord en rapport avec la lésion causale (Obs. 11). Là encore un examen complet sera nécessaire.

Quoi qu'il en soit, en nous basant sur nos propres constatations, en étudiant les analogies qui relient en-

tre eux les différents types de phlegmons ligneux décrits depuis Reclus, nous nous efforcerons de retracer l'histoire clinique des prostatites et infiltrations ligneuses pelviennes.

PHASE DE DEBUT

Ses caractéristiques principales sont d'être LENT et INSIDIEUX.

Le début est LENT en effet, et dans nos observations, lorsque nous avons pu voir l'infiltration succéder à une autre affection, lorsque nous avons pu suivre le malade avant même que ne soit constituée sa lésion, nous avons toujours retrouvé un laps de temps important: quinze jours à un mois (Obs. 1 et 6), trois mois (Obs. 2), vingt mois (Obs. 8), plus de deux ans (Obs. 9).

Parfois même il s'agit de malades revus en pleine lésion constituée, six ans (Obs. 5), ou huit ans (Obs. 3) après une intervention. Et, dans ce cas, l'on est en droit de penser que le développement s'est étagé sur plusieurs années.

Il est INSIDIEUX, et pourtant c'est à cette période de constitution que certains symptômes seront les plus nets, bien que souvent perdus dans ceux de la lésion causale.

C'est la *phase d'inflammation subaiguë* qui précède la phase d'*infiltration*.

— On retrouve une certaine élévation de température à 38°, 38°5, ce qui ne se reproduira plus ultérieurement.

— quelques signes fonctionnels: dysurie, gêne à la miction progressivement croissante.

— A l'examen une prostate augmentée de volume, douloureuse, qui perd peu à peu sa souplesse, la netteté de ses contours.

Au cours des examens successifs le sillon médian, puis les bords latéraux s'effaceront, la fermeté caractéristique fera place à une tuméfaction de plus en plus dure et diffuse.

Les autres examens impossibles à pratiquer la plupart du temps ne donneraient si le malade était vu à cette phase aucun renseignement utile.

Mais dans d'autres cas, la phase de début sera tout autre. Un épisode aigu pourra la caractériser.

— Soit un accès de température avec grosse atteinte de l'état général,

— Soit des douleurs très vives et à côté des douleurs nettement pelviennes, nous pourrions parfois noter des névralgies fort diverses ; douleurs lombaires, douleurs hypogastriques par exemple (Obs. XI).

Les erreurs de diagnostic qui en découleront entraîneront par là même des interventions ou traitements non appropriés.

En résumé cette phase de début, phase de constitution de l'infiltration ligneuse ne présente aucune caractéristique, ni dans sa symptomatologie ni dans son évolution.

PHASE D'ETAT

A cette période encore moins qu'à la précédente, l'attention n'est attirée vers la cavité pelvienne.

L'infiltration ligneuse est constituée, elle s'accompagne d'un minimum de symptômes.

— *Les signes généraux* sont discrets :

— On ne note pas d'élévation de la température 37°, 37°5 et le fait remarquable est l'évolution à peu près apyrétique de cette affection.

— L'état général reste longtemps bon, parfois on peut observer un léger amaigrissement, de l'anorexie. Ces troubles semblent plus en rapport avec l'infection urinaire qu'avec l'infiltration.

— *Les signes fonctionnels* sont également des plus discrets :

— Dysurie,

— Pollakiurie nocturne et diurne,

— Pas de douleurs vraies mais un léger ténesme,

— Parfois un ténesme rectal avec sensation de pesanteur, douleur à la défécation.

— Parfois des hémorragies, elles sont exceptionnelles et s'il est classique de dire qu'elles sont une rareté dans le tableau clinique du cancer, leurs présence dans une prostatite ligneuse devrait faire songer à l'existence d'une autre lésion concomitante.

— De même les rétentions vraies ne sont pas le fait des infiltrations ligneuses pelviennes s'il n'existe pas une hypertrophie prostatique surajoutée.

— *Les signes physiques :*

— On étudiera tout d'abord la perméabilité du canal: celui-ci, à moins de rétrécissement antérieur, ne subit pas de modification du fait de l'infiltration. Le calibre de l'urètre reste normal.

— On sondera le malade. Ce qui permettra de faire la part de l'infiltration de la paroi dans les envahissements secondaires de cette dernière. Les urines sont en général normales, et ne contiennent que quelques cellules, des germes sans intérêt.

— On pratiquera enfin, le temps capital de l'examen.

LE TOUCHER RECTAL

Il permet de reconnaître l'existence de la tumeur ligneuse, et d'en donner les limites.

Après avoir franchi le sphincter et pénétré dans l'ampoule rectale normale, le doigt va percevoir sur la face antérieure, une masse dont les principaux caractères sont les suivants :

-- Elle est *dure*, extrêmement dure, et sa consistance bien spéciale a éveillé chez les auteurs les comparaisons les plus variées : dureté de bois, dureté de la pierre, de cartilage, consistance plus dure que celle du squirrhe le plus dur.

Elle l'est uniformément, et il est rare qu'en certains endroits on sente des noyaux ou des points de ramollissements. C'est une dureté régulière, véritable sensation de plaque de blindage.

— Elle est *indolore*, à la phase d'état, à l'inverse du début, où l'on a pu réveiller une certaine sensibilité.

— Sa *pression* ne fait sourdre au méat aucun liquide.

— Elle *respecte la muqueuse rectale* qui est lisse et mobile et glisse sur la tumeur.

— Enfin suivant la *localisation*, ses limites que l'on essaiera de préciser sont variables :

— Tantôt (Obs. 6) elle est assez peu volumineuse, elle semble englober la prostate, la remplacer, parfois elle fait saillie, elle bombe dans le rectum.

-- Tantôt (Obs. 10, 11, 12) un côté du pelvis semble normal mais le doigt ayant décrit une demi-circonférence sent de l'autre côté, à son extrémité, une tuméfaction fusiforme, allongée, dont on ne peut préciser les limites vers le haut.

— Tantôt la prostate semble normale (Obs. 7) mais immédiatement au-dessus, on sent se développer comme un véritable « phlegmon du ligament large ».

— Tantôt, c'est une forme diffuse, et de quelque côté que l'on explore, ce n'est qu'une sensation de coulée de plâtre qui comble le petit bassin, remonte à bout de doigt, s'étale latéralement au pourtour du rectum jusqu'au sacrum, formant un placard étalé d'un ischion à l'autre.

— Tantôt il s'agira d'une forme à extension, l'on combinera le toucher rectal au palper abdominal pour sentir une masse énorme donnant la sensation

d'un fibrome enclavé, absolument fixée, impossible à mobiliser.

— Tantôt enfin, l'extension se fera vers la loge rectale. Peut-on comme le voulaient Kirmisson et Desnos, Quénu et Küss, assimiler ces formes aux rétrécissements péricoliques pelviens et périrectaux qui, chez la femme succèdent aux affections génitales ? Peut-on en faire une forme masculine ? Quoi qu'il en soit dans cette forme, le toucher rectal donnerait tous les symptômes d'un rétrécissement péri-rectal, avec intégrité de la muqueuse. A notre avis ces formes sortent du cadre de notre description.

Enfin, on complètera l'examen par :

— La recherche de l'adénopathie; les ganglions cruraux et surtout rétrocruraux sont souvent perceptibles à la palpation pofonde.

— Un examen général, mais toutes les recherches pour trouver une métastase, pour constater l'abolition d'un réflexe seront négatives.

LES EXAMENS DE SPECIALITE ET DE LABORATOIRE

Devant la pauvreté des signes cliniques, devant les erreurs de diagnostic que peut entraîner l'aspect pseudo-néoplasique retrouvé au toucher, nous nous sommes demandé s'il n'existait pas un signe spécial, spécifique, permettant d'affirmer la nature inflammatoire de ces infiltrations ligneuses.

Nous avons été ainsi amené à faire un certain nombre de recherches qui d'ailleurs disons-le de suite, ont toutes été négatives.

I. — LES EXAMENS HEMATOLOGIQUES

— Nous ne reviendrons pas sur l'hémoculture, les prostatites et infiltrations ligneuses pelviennes représentent une infection subaiguë et les hémocultures ne poussent jamais.

— Les réactions de Bordet-Wassermann et de Hecht faites directement ou après traitement d'épreuve, ne présentent également qu'un intérêt tout à fait limité. Leur positivité ne ferait que traduire une syphilis surajoutée.

— Le dosage d'urée suivi de la recherche de la constante d'Ambard, aura une valeur non seulement comme examen pré-opératoire, mais également pour rechercher la « valeur fonctionnelle » des reins. Mais nous y reviendrons.

— Nous avons surtout voulu savoir s'il n'existait pas une *formule sanguine* des affections ligneuses du pelvis.

On connaît l'intérêt des travaux de Legueu et Morel [43] puis de Morel et Chabanier [57] concernant la formule sanguine des prostatiques chirurgicaux. Ceux-ci d'abord combattus par les auteurs suisses et italiens ont été confirmé par Legueu et Astraldi [42] et Negro [56].

D'après leurs recherches, il existerait un « test sanguin » des affections prostatiques :

Les adénomes prostatiques se présentant normalement avec une hyperleucocytose (10 à 12.000 éléments) une hyperéosinophilie (3 à 10 %) une diminution de la polynucléose (70 % en moyenne).

Les cancers prostatiques accusant au contraire, une notable augmentation des polynucléaires (87 %) comme dans beaucoup de néoplasmes.

Quant aux prostatites chroniques, « dont le diagnostic différentiel se pose souvent avec le cancer et ne se résout pas toujours cliniquement, elles ne nous semblent pas imposer à la formule leucocytaire de modifications à retenir ».

En effet quatre cas examinés en dehors de toute

suppuration avaient donné des taux de 65 à 75 % de polynucléaires, et 1 à 2 % d'éosinophiles.

Nous avons eu l'occasion une fois, de pratiquer une numération globulaire et une formule blanche chez un de nos malades (Obs. 6). Voici les résultats obtenus :

Globules blancs	8.000	
Polynucléaires	75,12	%
Mononucléaires	19,28	%
Grands mononucléaires	2,29	%
Lymphocytes	2,30	%
Eosinophiles	0,7	%

Certes, on ne peut conclure sur un cas, mais en rapprochant notre observation de celles de Legueu et de Morel, nous voyons que les infiltrations ligneuses pelviennes doivent :

— Au début, à la phase de constitution, présenter une légère hyperleucocytose avec polynucléose, traduisant le processus infectieux,

— A la phase d'état, avoir une formule sensiblement normale.

On ne peut donc pas parler de « test sanguin » des infiltrations ligneuses du petit bassin.

II. — LES EXAMENS RADIOLOGIQUES

Ceux-ci seront nécessaires, et auront un double intérêt : permettre dans certains cas de reconnaître l'affection causale, permettre dans une certaine mesure de trancher le diagnostic si difficile.

Il sera utile en tout premier lieu de demander une

radiographie simple, de l'appareil urinaire en entier, parfois la présence d'un calcul viendra signer la nature étiologique de l'affection.

Puis une radiographie du système osseux, et plus particulièrement du bassin et de la colonne vertébrale, aura un gros intérêt. Normale dans les infiltrations ligneuses, elle présentera au contraire dans les infiltrations néoplasiques des signes fort importants. Nous y reviendrons.

Enfin dans certains cas, il sera utile de pratiquer des cystographies et des urétrographies mictionnelles. Elles seules, pourront montrer des lésions en rapport plus ou moins direct avec :

— un diverticule de vessie entraînant une infection vésicale.

— Des cavernes ou diverticules prostatiques.

— Parfois au niveau du col vésical un aspect de « maladie du col ».

III. — CYSTOSCOPIE - URETROSCOPIE

Enfin les infiltrations ligneuses s'accompagnant de lésions qu'il y aura intérêt à étudier et à suivre par l'endoscopie.

Avec les auteurs américains, Mac Carthy, David M. Davis [15] en particulier, nous devons admettre en effet qu'elles ont un retentissement certain au niveau de la vessie et de l'urètre prostatique.

1° Au niveau de la *vessie* (Obs. 10 et 11) il n'est pas rare de rencontrer des lésions qui traduisent l'exten-

sion du processus infiltrant — au moindre degré, un peu d'œdème, une rougeur diffuse, — à un degré de plus, une zone de rigidité avec œdème bulleux avec bosselures et vallonement, mais en aucun cas, des signes de malignité, ni bourgeon, ni ulcération.

2° Au niveau du *col*, on constate que celui-ci est rigide saillant sur tout son pourtour à un degré très prononcé, on retrouvera l'aspect de barre médiane, sorte de contracture scléreuse du sphincter lisse en rapport avec une infection prolongée de celui-ci et qui, à l'urétroscope se montrera comme un col déformé, épaissi, surélevé, cachant plus ou moins la région du trigone.

3° Au niveau de l'*urètre* prostatique, on ne constate guère de signes pathognomoniques : la muqueuse est pâle, mal vascularisée elle est rigide, et se laisse peu déplier.

Les glandes surtout celles qui sont situées de chaque côté du véru, sont dilatées béantes.

L'on devra surtout s'efforcer de rechercher la présence de ces diverticules dont Heitz-Boyer a montré l'importance pathogénique dans de nombreuses prostatites scléreuses.

En résumé, en présence d'une infection qui se révèle par des signes fort discrets et qui, au toucher, peut en imposer pour toute autre chose que de l'in-

flammation chronique, les examens de laboratoire, n'apportent au diagnostic qu'un appoint très vague.

Et ce sera plus, par leur négativité globale que par la positivité de certains d'entre eux ; qu'ils pourront être utiles.

EVOLUTION - COMPLICATIONS - PRONOSTIC

Dans cette symptomatologie clinique si pauvre, parmi ces examens qui ne viennent pas étayer le diagnostic, l'évolution va faire figure de symptôme capital.

Alors que le toucher rectal ne permettait que de localiser et reconnaître l'affection, seule, l'évolution va faire la preuve de la nature inflammatoire par ses deux symptômes caractéristiques :

LA FIXITE LA DESESPERANTE CHRONICITE

En effet, ces lésions évoluent avec une extrême lenteur. Reprenons nos observations : plusieurs malades ont été suivis les uns pendant trois mois (Obs. 7 et 12) les autres cinq mois (Obs. 2 et 11), certains pendant un an et demi (Obs. 5) et même vingt mois (Obs. 8). Pendant ce laps de temps et en dehors de toute intervention que devient la lésion ?

1° Dans certains cas, elle va *s'accroître* mais avec une extrême lenteur, et pour finir par gagner un stade qu'elle ne dépassera jamais.

Il s'agit vraisemblablement des cas où l'on a eu la

chance de voir le malade, avant la phase de lésion définitivement constituée.

Pendant cette évolution, fait caractéristique, peu d'incidents surviendront.

— A aucun moment, il ne sera signalé d'hémorragies.

— Jamais la masse n'englobera de filets nerveux ou ne donnera de signes de compressions.

— Les troubles urinaires augmenteront peut-être, mais n'aboutiront jamais à la rétention chronique complète.

— Par contre, l'atteinte de l'état général, pourra se manifester par l'amaigrissement, l'anorexie que nous avons déjà signalés.

C'est dans cette forme que l'on verra aussi parfois, par des examens successifs la masse gagner vers l'ombilic, vers la paroi latérale du bassin.

La palpation de la paroi abdominale avant et après sondage, le palper profond des fosses iliaques en feront la preuve.

2° Dans d'autres cas, on assistera à la *résorption spontanée*, de la masse ligueuse. Mais c'est une évolution extrêmement lente, pouvant demander des mois, des années (Obs. 1 et 7).

De plus, c'est une évolution sur laquelle il ne faut jamais compter car elle est souvent imparfaite, et peut laisser derrière elle des noyaux chroniques résiduels.

3° Par contre, contrairement à ce que l'on a constaté parfois au niveau du cou, l'infiltration ligneuse pelvienne, n'a *aucune tendance à la suppuration*.

Parfois au cours de l'évolution, peuvent se noter des périodes plus douloureuses, se sont vraisemblablement des phases de réinfection, mais non de ramollissement.

Parfois également, à l'incision, on trouve quelques gouttes de pus, il ne s'agit pas d'un mode de terminaison, mais au contraire d'un mode de début ; ces petits abcès doivent être considérés comme le résidu de la suppuration initiale déterminante.

*
* *

D'autre part des incidents, des complications peuvent survenir au cours de cette évolution.

COMPLICATIONS INFECTIEUSES

Ce sont, à la vérité, les plus rares. Ces lésions semblent évoluer, nous l'avons dit, sur des sujets en quelque sorte « vaccinés ». Nous ne verrons donc jamais ces graves complications infectieuses qui sont l'apanage des formes aiguës ou subaiguës, telles que :

Phlébite du petit bassin,
Phlébite des membres inférieurs,
Orchite ou orchi-épididymite.

Par contre, il est indéniable que ces lésions constituent un foyer infectieux qui pour être latent n'en existe pas moins. Ce sont elles, qui seront à la base de l'atteinte de l'état général, elles également qui

pourront déterminer ces troubles nombreux et variables qui ont été signalés ; tels que rhumatismes généralisés.

RETENTISSEMENT RENAL

Nous avons vu que la lésion remonte très souvent à la face postérieure de la vessie, sous le péritoine, et peut englober les vésicules, les déférents, la portion terminale des uretères.

C'est une éventualité assez rare, et d'ailleurs, il ne s'agit jamais de l'englobement serré du véritable envahissement que l'on constate dans la cancération massive.

Cependant, les troubles rénaux peuvent exister, il faudra rechercher chez ces malades la possibilité de lumbago, de crises douloureuses lombaires, de véritables coliques néphrétiques survenant spontanément, ou après l'ingestion d'une quantité abondante de boisson.

D'ailleurs l'englobement des uretères, s'il existe, sera en général absolument silencieux, indolore, et ne se traduira que beaucoup plus tardivement par une des complications qu'il entraîne : rétention rénale, hydronéphrose plus ou moins importante, infection des voies urinaires supérieures.

A l'examen de la région lombaire, on s'efforcera de mettre en évidence, un point douloureux, une légère contracture de la paroi, un contact lombaire.

Si tous les examens fonctionnels ou physiques restent négatifs il nous faudra encore rechercher la possibilité du retentissement rénal, par les examens de

laboratoire. C'est alors que prendront toute leur valeur : le dosage de l'urée dans le sang : la recherche de la constante d'Ambard, le titrage de la phénol-sulfon-phtaleine dans les urines.

Si par ailleurs, on intervient assez rapidement sur l'infiltration pelvienne, il y aura lieu d'espérer que le retentissement rénal sera minime ou nul. La suppression de la rétention rendra souvent au rein sa vigueur première, c'est pourquoi il n'y aura jamais intérêt à laisser l'évolution se prolonger indéfiniment.

RETENTISSEMENT GENITAL

Ce qui assombrit encore l'avenir de ces malades sera la possibilité d'un retentissement sur leur vie génitale.

Bon nombre d'entre eux en effet, sont encore jeunes, en pleine période d'activité sexuelle, et nous avons vu qu'histologiquement ces infiltrations entraînent assez rapidement la sclérose et la destruction du tissu noble prostatique.

Il en pourra résulter des troubles passagers ou même définitifs, et l'on notera souvent chez ces malades :

- Des douleurs testiculaires,
- Des douleurs épididymaires,
- Des éjaculations douloureuses,
- Des douleurs rhumatoïdes de siège variable,
- Une certaine frigidité, une diminution du sens génésique,
- Parfois même une impuissance absolue.

Tous ces troubles s'ils se prolongent, finissent par retentir sur le moral (*dixit* Billaine) et entraîneront un état de neurasthénie marquée.

Ce sera donc une indication de plus à une intervention rapide et précoce sitôt le diagnostic posé. Nous devons d'ailleurs reconnaître qu'après périnéotomie, il a été bien souvent signalé des troubles génitaux d'origine nerveuse, mais ceux-ci en général passagers.

CANCERISATION

Enfin reste à étudier le problème de la cancérisation.

Devant ces lésions qui en revêtent tout l'aspect, peut-on craindre un développement malin secondaire ? Nous n'en avons rencontré dans la littérature aucun cas, qu'il s'agisse de lésions pelviennes, ou de ces phlegmons qui siègent sur toute autre partie du corps.

Le problème en outre peut se compliquer de ce fait, qu'une infiltration néoplasique peut s'infecter secondairement, rendant ainsi le diagnostic quasi impossible.

*
* *

PRONOSTIC

Le pronostic des infiltrations ligneuses est donc assez favorable en lui-même, puisque la guérison spontanée ou chirurgicale est la règle.

Mais il faut bien savoir qu'en dehors de l'infection elle-même le pronostic dépend avant tout de l'affection causale. Il ne faudra donc jamais perdre celle-ci de vue.

La traiter serait insuffisant, ne pas la traiter serait une faute grave.

QUATRIÈME PARTIE
DIAGNOSTIC

DIAGNOSTIC

On conçoit combien devant un aspect si banal, il puisse être difficile au premier abord de porter un diagnostic surtout quand s'y surajoutent une possibilité opératoire, un pronostic absolument différent.

C'est pourquoi aucun symptôme ne devra être négligé :

— Ni l'interrogatoire minutieux,

— Ni le toucher rectal répété à plusieurs reprises et à plusieurs dates,

— Ni les examens de spécialités, qui par l'absence de tout résultat certain, prennent de ce fait une valeur absolue.

C'est en effet tout le problème des infiltrations du petit bassin qui se pose, et avant tout celui du cancer généralisé.

*
* *

C'est volontairement que nous avons limité cette étude à celle des infiltrations d'origine génito-urinaire.

Nous éliminerons donc dans un premier groupe, toutes les infiltrations qui prennent le petit bassin dans son ensemble : stade terminal d'affections dont

il est souvent impossible de retrouver le point de départ.

Telles sont les principales affections de la loge rectale.

— *Le cancer du rectum* ne nous retiendra pas. Quand il a diffusé à tout le petit bassin son tableau clinique est suffisamment net pour que le doute ne soit pas permis un instant.

Disons cependant qu'à côté des formes bourgeonnantes ou ulcérantes, il existe des formes infiltrantes à diagnostic plus malaisé.

— *Les rétrécissements rectaux*, et avant tout la forme rectale de la maladie de Nicolas Favre :

— Les antécédents et l'habitus du malade ;

— Le toucher rectal ;

— Les réactions de laboratoire, et avant tout la réaction de Frei,

trancheront facilement le diagnostic.

— *Les autres rétrécissements rectaux et périrectaux, les rétrécissements péricoliques pelviens* (Quénu et Küss) sont exceptionnels chez l'homme. Ils se produiraient d'ailleurs chez celui-ci uniquement après des affections prostatiques si l'on s'en rapporte aux observations de Kirmisson et Desnos, et seraient alors plutôt une forme clinique de nos infiltrations.

Dans un deuxième groupe, nous étudierons les lésions qui sont assez limitées et peuvent en imposer pour une de ces prostatites ligneuses que nous avons étudiées.

— *Une prostatite aiguë* à sa première période, certes, au toucher rectal, on trouve une prostate augmentée de volume, dure à limites imprécises, mais il y a :

— Une douleur vive,

— Des signes généraux importants,

— Des antécédents récents d'une infection en général gonococcique.

S'il pouvait y avoir d'ailleurs confusion, l'évolution aurait vite fait de trancher le diagnostic et de nombreux auteurs ont proposé l'intervention précoce dès la phase de crudité, de la prostatite aiguë, pour prévenir les complications (Casarviego).

— *Les lésions prostatiques syphilitiques*, c'est-à-dire toutes les lésions que Fournier englobait sous le nom de cellulite pelvienne syphilitique.

Les gommès de la prostate sont en réalité des affections très rares, revêtant le type d'une hypertrophie prostatique, et rétrocédant rapidement au traitement ; ce seront en réalité des diagnostics d'exception.

— *Un fibrome prostatique*. — Reproduisons à ce sujet ce passage d'une observation de Loumeau [47].

« Il s'agit d'un vieillard de 71 ans, qui présente depuis dix ans une hypertrophie prostatique, peu volumineuse, mais entraînant des troubles tenaces et un résidu de 250 grammes.

Prostatectomie extrêmement laborieuse, on n'arrive à extirper qu'une masse scléreuse de tissu dense, impossible à isoler par clivage des plans voisins également de consistance ligneuse ?

Guérison en vingt-et-un jours.

Examen : tissu adénofibromateux avec prédominance générale du fibrome sur le tissu glandulaire.

Neuf ans plus tard, le malade est revu à propos d'un abcès urineux, qui entraîne la mort par complication pulmonaire.

A l'autopsie, toute la région hypogastrique est transformée en un bloc fibreux extrêmement dur, d'aspect blanc jaunâtre, rétrécissant le canal de l'urètre. »

En réalité le fibrome prostatique est une infection extrêmement rare, et cette observation ne serait-ce le résultat histologique, ressemble étrangement à une infiltration ligneuse pelvienne. Nous y retrouvons les mêmes signes cliniques, et la même évolution.

— *Les calculs de la prostate et de l'urètre prostatique.* — Très souvent en parcourant des observations de calculs uréthro-prostatique, on s'aperçoit que la première idée de l'auteur a été « néoplasme » ou « noyau de prostatite chronique ».

Citons ce passage d'une observation de Bouchard, qui, à ce point de vue est typique :

« Volumineux calcul de l'urètre postérieur » (Bouchard, S. F. U., 19 février 1934).

«...Le doigt introduit dans le rectum tombait sur une masse nettement plus rapprochée de l'anus que ne l'est la prostate. Cette masse du volume d'une grosse prune extrêmement dure, de surface parfaitement régulière nettement limitée, indolore, pouvait fort bien en imposer pour un cancer prostatique. Mais en continuant l'examen, le doigt reconnut le bec de la prostate, contigu au calcul, la totalité de la

glande se trouvant par conséquent au-dessus de lui...»

Il faudra savoir différencier au toucher rectal une prostatite ligneuse peu développée et un calcul prostatique, rechercher la crépitation si elle existe, pratiquer si nécessaire le toucher sur sonde métallique.

Ce diagnostic sera d'autant plus difficile que le calcul peut se compliquer de complications inflammatoires. De toute façon la radiographie tranchera le diagnostic.

*
**

Nous arrivons ainsi au diagnostic des infiltrations pelviennes proprement dites.

Deux affections sont à discuter :

— La tuberculose,

— Le cancer.

INFILTRATIONS PELVIENNES TUBERCULEUSES

Certes, quand elles sont peu développées, elles peuvent donner tout le tableau d'une infiltration chronique non tuberculeuse.

-- Ce seront les mêmes symptômes qui amèneront à consulter,

-- Le toucher rectal révélera une tumeur de même dureté à limites aussi imprécises, aussi peu douloureuse,

— Le traitement lui-même ne serait pas si différent.

Mais cependant existent déjà des symptômes qui doivent attirer l'attention :

— L'état général est beaucoup plus atteint, gros amaigrissement, température élevée et largement oscillante.

— L'atteinte pelvienne est en général secondaire à une atteinte rénale qui évolue pour son propre compte et donne un tableau suffisamment typique.

— Enfin coexistent presque toujours une atteinte vésiculaire et épидидymaire ou épидidymotesticulaire.

Plus tard au contraire la confusion ne pourra plus être permise.

Devant ce malade cachectique, offrant tout l'aspect d'un tuberculeux multilésionnel, pulmonaire, rénal, génital parfois ostéo-articulaire, l'attention est immédiatement attirée vers la tuberculose. Au pelvis, existe une énorme tumeur qui englobe tous les organes, tantôt fluctuante, tantôt dure, qui envahit les plans superficiels périnéaux où l'on constate de multiples fistules, qui envahit et fistulise le rectum.

Ce n'est plus un diagnostic que l'on discute à ce stade, mais un pronostic vital.

INFILTRATIONS PELVIENNES NEOPLASIQUES

C'est en fait le seul diagnostic qui mérite quelque attention, et qui se discute. Diagnostic capital il est vrai, puisque : évolution, traitement, pronostic, seront diamétralement opposés.

— Ce n'est d'ailleurs pas tant le cancer à son début avec ses symptômes minimes, ses deux ou trois noyaux durs sur une prostate d'apparence et de taille normales.

— Ce n'est pas tant le cancer de l'homme jeune qui revêt alors souvent un aspect spécial, celui de sarcome ou de lympho-sarcome à signes physiques bien différents.

— Que le cancer prostatique généralisé à un stade avancé que nous aurons en vue ici.

C'est le tableau du squirre, de la CARCINOSE PROSTATO-PELVIENNE de Guyon.

A. — Dans un cas comme dans l'autre ce sont à peu près les mêmes symptômes.

— C'est un malade qui accuse des troubles fonctionnels vagues, non caractéristiques, de dysurie, de pollakiurie nocturne et diurne, de ténesme.

— L'atteinte de l'état général, la température, l'amaigrissement, l'anorexie manquent pendant longtemps.

— Au toucher c'est le même envahissement de tout le pelvis d'un ischion à l'autre, par une masse extrêmement dure, classiquement ligneuse.

— Et l'on comprend qu'au premier examen le doute soit permis.

B. — On a recherché de nombreux signes différentiels :

— La rétention pourrait apparaître plus ou moins précocement alors qu'il n'y a en général pas de rétention dans l'infiltration inflammatoire.

— Le cancer bien que moins hémorragique que l'adénome prostatique pourrait donner lieu parfois à

des hématuries spontanées, fait exceptionnel dans le deuxième cas.

— Au toucher rectal, au lieu d'une surface dure mais assez régulière et lisse on trouve très souvent des noyaux plus durs encore, des bosselures, des valonnements alternant avec des zones plus molles. La région prostatique serait surmontée de deux cornes également infiltrées, traduisant l'atteinte des vésicules séminales. En fait, nous avons vu combien cette théorie était discutable.

D'autre part la muqueuse rectale est envahie très précocement, ne se laisse plus déplisser, ne glisse plus sur la tumeur, mais fait corps avec elle.

Enfin, le toucher rectal sur sonde urétrale sera utile dans de nombreux cas pour différencier cancer, prostatite et adénome.

— Les adénopathies rétro-crurales seraient bien plus importantes et plus précoces dans le cancer, mais elles sont difficiles à apprécier à la clinique.

— Les examens de spécialité eux-mêmes pourraient fournir des bases d'appréciation.

Nous avons noté la polynucléose, l'hypoéosinophilie du cancer, la formule à peu près normale de l'infiltration non néoplasique.

A l'urétrocystoscopie qui n'est toujours pas d'ailleurs praticable, on pourrait noter très précocement l'atteinte de la vessie qui présente au niveau du col, du bas-fond, et du trigone, une saillie importante avec œdème, rougeur. Le trigone serait déformé et apparaîtrait convexe alors que dans l'adénome, il est con-

cave. Enfin, on pourrait noter des ulcérations, des bourgeons néoplasiques, remontant même jusqu'aux uretères, les englobant.

En réalité, il n'est pas un de ces symptômes qui ne puisse être ou trop tardif ou inconstant.

Ce seront les radiographies qui donneront les meilleurs éléments du diagnostic différentiel. On sait en effet combien le cancer de la prostate comme celui du sein est ostéophile, et l'on connaît les travaux d'Haguenau et Gally [29] sur les métastases osseuses dans les cancers prostatiques ignorés. D'après leurs conclusions, on pourrait dès avant la phase clinique, faire le diagnostic d'hypertrophie ou de néoplasme sur l'étude des métastases.

A plus forte raison, quand le cancer est généralisé, on devra rechercher les métastases qui sont alors fréquentes et plus particulièrement au niveau des corps vertébraux, des os iliaques, des articulations sacro-iliaques.

Ces métastases peuvent revêtir des aspects fort divers.

-- Au niveau des vertèbres, aspect en galette forme bourgeonnante, forme ostéomalacique (formes rares), aspect de vertèbres opaques, aspect pseudo-page-toïde (formes fréquentes).

-- Au niveau des os iliaques, aspect en taches de bougies.

Or les radiographies elles-mêmes peuvent ne pas trancher le diagnostic. Une métastase osseuse peut

être fréquente, elle n'est pas constante, elle peut être minime, d'interprétation difficile, peu visible, masquée par des scybales, des gaz intestinaux.

C. — En réalité, il n'existe pas un trouble fonctionnel ou général, pas un signe clinique, pas un examen de laboratoire ou de spécialité qui ne puisse permettre de trancher avec certitude le diagnostic..

Entre deux malades atteints d'infiltration ligneuse l'un néoplasique, l'autre inflammatoire pseudo-néoplasique, il n'y aura qu'une façon de trancher le diagnostic: l'ÉVOLUTION.

— Evolution éminemment fixée, chronique, stabilisée d'une désespérante lenteur en cas de prostatite ou d'infiltration ligneuse pelvienne.

— Evolution au contraire rapide, progressive, dans le cancer généralisé : en revoyant un tel malade à intervalles réguliers, on sera frappé des changements.

— Dans l'état général d'une part,

— Dans l'état local, d'autre part, le cancer poursuit inexorablement son envahissement, et en dehors de l'atteinte ganglionnaire, des métastases, des hématuries, on verra bientôt survenir des troubles de compressions, des névralgies, obturatrices ou sciatiques par atteinte nerveuse.

*
* *

On conçoit que devant la gravité d'un tel pronostic, devant les différences de thérapeutique à instituer, l'on ait recherché un signe précoce pour les différencier.

Il n'en est qu'un : l'examen histologique, c'est alors que l'on pourra parler de BIOPSIE, d'incision exploratrice.

Dans certains cas, l'état d'infection du malade, l'importance des troubles urinaires, commandent la cystostomie. Dans ce cas, il sera facile de prélever au bas-fond vésical un fragment de la tumeur ligneuse qui sera examinée.

Mais dans les autres cas ? Faire une périnéotomie, pour prélever un fragment prostatique n'est pas sans risques, et même un examen histologique peut être négatif si la biopsie a été mal orientée.

Quant aux autres méthodes, elles semblent encore plus aléatoires :

— Astraldi propose la biopsie par voie rectale.

— Edward L. Keyes et Russel S. Ferguson, la biopsie par aspiration (*The Journal of Surgery*, septembre 1930).

De tels procédés sont à peu près inutilisables en pratique.

Que conclure ?

Nous ne saurions mieux faire que de nous inspirer de cette conclusion de Pasteau [60] :

« En présence d'un diagnostic de tumeur maligne de la prostate, quel que soit l'état du malade, il ne faut jamais l'abandonner, il faut le traiter comme s'il devait guérir. Certes dans bien des cas, il s'agira

d'une chirurgie bien décevante, mais il n'en reste pas moins que la clinique a de ces surprises ».

Il sera donc plus sage dans tous les cas, de ne pas se prononcer d'emblée mais d'attendre qu'une évolution ultérieure vienne lever tous les doutes.

CINQUIÈME PARTIE
TRAITEMENT

TRAITEMENT

Le traitement des prostatites et infiltrations ligneuses pelviennes n'est pas un traitement d'urgence. Dans cette évolution qui s'étage sur des semaines ou des mois, dans cette maladie qui se constitue peu à peu et n'acquiert son plein développement que lentement et tardivement, une intervention précoce effectuée en dehors de toute indication nettement posée, risquerait d'être inutile sinon nuisible ?

D'autre part, si l'on a tout lieu de croire son diagnostic certain, aucun retard ne doit plus être toléré.

Avant d'étudier le traitement lui-même, recherchons brièvement les quelques précautions à prendre pour éviter la formation de ces phlegmons ligneux.

I. — TRAITEMENT PROPHYLACTIQUE

D'après ce que nous avons vu de l'étiologie et de la pathogénie de ces infiltrations, peut-on les prévenir et les éviter ?

Dans une certaine mesure, certes, on pourra empêcher leur éclosion en traitant l'affection causale.

— En cas d'infiltration post-blennorragique, certaines précautions seront à prendre :

Eviter toutes les erreurs de traitement classiques dans l'urétrite ;

Inciser et drainer correctement une prostatite aiguë ;

Ne pas se complaire en des traitements inutiles et dangereux en cas de prostatite chronique.

— En cas d'infiltration post-opératoire, l'emploi des mèches et compresses bordées, évitera bien d'autres ennuis que celui d'une infiltration ligneuse.

— En cas de lithiase urinaire, il faudra savoir y penser, faire la radiographie, qui signera l'affection et permettra d'y remédier.

Dans tous les cas, il faudra lutter contre l'infection vésicale, en recherchant pour les combattre, toutes les causes de rétention infectée : rétrécissements urétraux, diaphragme intervésico-prostatique, calculs ou diverticules de vessie.

II. — TRAITEMENT PROPREMENT DIT

De nombreux traitements ont été proposés :

Cependant il faut bien reconnaître que devant les résultats lents et inconstants des traitements médicaux ou électriques, devant la guérison très rapide que l'on obtient par la chirurgie, nous rangeant à l'avis de notre maître le Professeur Marion, nous estimons que seule, l'intervention chirurgicale, est capable de guérir rapidement et radicalement ces prostatites.

Est-ce à dire que nous devons rejeter les autres traitements ? Non certes, de belles améliorations, des

guérisons, ont été signalées et nous les considérerons toujours comme nos meilleurs adjuvants.

TRAITEMENT MEDICAL

Il est complexe, et doit remplir un quadruple but :

- Lutter contre l'élément douloureux ;
- Lutter contre l'élément infectieux ;
- Lutter contre le processus de sclérose ;
- Lutter contre les troubles génitaux.

Contre l'*élément douleur*, nous agissons par :

- Les lavements, à l'antipyrine, au chloral, au laudanum ;
- Les suppositoires à la belladone, à l'opium, à l'héroïne.

Contre l'*élément infectieux*, on préconisera :

- Soit les lavages de vessie ;
- Soit les instillations vésicales ou urétrales ;
- Les antiseptiques internes : septicémine, urotropine et surtout les vaccins.

Nous rappelant les succès de Reclus dans certains phlegmons spécifiques du cou on pourra conseiller la vaccinothérapie; les vaccins et auto-vaccins sont d'ailleurs à l'heure actuelle tellement obligatoires dans toute thérapeutique qu'un malade ne pardonnerait au spécialiste de ne pas les employer.

Dans certains cas, on prescrira des vaccins spécifiques, antigonococciques, anticolibacillaires.

Dans d'autres cas, on essaiera de déclencher un choc organique favorable soit par une vaccination

polyvalente (propidon), soit par une auto-vaccination, soit par protéinothérapie.

Quoi qu'il en soit, on sait combien, en urologie, l'emploi des vaccins est décevant et inefficace.

Contre les *troubles génitaux*, on conseillera les différents extraits testiculaires classiques. Il faudra savoir également traiter le psychisme de ces malades, et remonter l'état moral en même temps que l'état général.

Contre la *sclérose*, les auteurs et surtout les Allemands ont proposé diverses substances. Ullmann [76], la thiosinamine, Valério [77], la gluconate de calcium, la fibrolysine. Le peu de retentissement qu'ont eu ces recherches sur la médication antisclérosante prouve assez combien les résultats doivent en être aléatoires.

TRAITEMENTS ELECTRIQUES

L'électroradiologie a affirmé maintes possibilités et beaucoup de ressources, et s'est montrée en même temps que le meilleur élément de diagnostic, une aide thérapeutique de première valeur de la chirurgie moderne.

Peut-on, dans ces conditions, appliquer l'électricité au phlegmon ligneux pelvien ? Elle semble avoir donné à quelques auteurs, de bons résultats, aussi sera-t-on parfaitement en droit d'y recourir.

Les rayons ultra-violets ou infra-rouges ne semblent avoir aucune action sur la fonte de telles lé-

sions. Par contre, sur l'état général, ils auront la plus heureuse influence.

La diathermie a de nombreux adeptes ; du moins en ce qui concerne les prostatites chroniques, elle semble avoir donné à beaucoup d'auteurs d'excellents résultats, mais là encore, elle devra être considérée plus comme une auxiliaire que comme une thérapeutique principale.

Par contre les ondes courtes seraient peut-être susceptibles d'avoir une action primordiale. Nous avons manqué d'expérience à ce sujet.

Enfin, les rayons X ont été préconisés à plusieurs reprises. Vignal [79] passant en revue les différentes affections prostatites insistent sur l'action bienfaisante de la radiothérapie dans les lésions prostatiques chroniques et scléreuses. De même Placintiano, Lambesco et Herscovitz [62] rapportent un très joli cas de guérison par radiothérapie associée aux toniques généraux. Ils insistent sur ce fait qu'en dehors de la résolution du processus phlegmonneux, les rayons X ont une action très rapide, presque immédiate, sur l'élément douleur et sur l'amélioration de l'état général.

TRAITEMENT CHIRURGICAL

C'est en réalité le seul logique, le seul rationnel. Qu'il s'agisse d'infiltration ou de phlegmon ligneux de quelque partie de l'individu qu'il soit, tous les auteurs s'accordent à reconnaître que l'intervention chirurgicale peut seule et rapidement amener la gué-

raison que ce soit par incision, par contre incision ou par excision.

Nous envisageons successivement :

- les procédés d'intervention,
- les indications.

TECHNIQUES OPÉRATOIRES.

Deux voies sont possibles pour l'abord des lésions ligneuses du pelvis :

- voie sus-pubienne,
- voie périnéale.

A) *Voie sus-pubienne :*

C'est l'abord classique par voie de cystostomie ou de taille abdominale, nous n'y insisterons pas.

Cependant, cette technique qui sera réservée surtout aux formes à développement supérieur, doit tendre à respecter la cavité abdominale. Du fait de l'infiltration des divers plans cellulux et aponévrotiques, un phlegmon à extension antérieur peut adhérer au péritoine qu'il faudra si possible ne pas ouvrir.

B) *Voie périnéale :*

C'est la voie d'abord de la prostatotomie périnéale. Le malade est mis en position de taille, une sonde dans l'urètre, servant à la repérer.

Incision verticale cutanée de 4 à 5 centimètres, puis incision horizontale du raphé ano-bulbaire.

On se trouve alors entre bulbe en avant et rectum en arrière, c'est le temps délicat du fait de l'infiltra-

tion que dès ce stade on perçoit au doigt; les plans anatomiques sont bouleversés, le rectum peut être attiré et blessé. Le bulbe sera donc écarté en avant par un aide, qui, mettant un doigt dans le rectum, servira à en donner la direction.

On sectionnera alors le muscle recto-urétral.

On se trouve classiquement en plein espace décollable, en réalité ici en pleine masse ligneuse.

C) *Incisions multiples :*

Dans certains cas (obs. 2) en raison de l'étendue des lésions, il y aura intérêt à associer les deux incisions ou à compléter une incision principale par une contre-incision secondaire.

INDICATIONS.

L'intervention chirurgicale dépendra essentiellement :

- de la nature de la lésion,
- de son étendue,
- de l'âge et de la résistance du sujet.

1°) *De l'âge et de la résistance du malade :*

Il est certain qu'à un malade jeune correspondra un traitement plus radical.

De même un malade résistant bénéficiera d'une intervention plus complète qu'un malade cachectique ou affaibli.

2°) *De la nature de la lésion :*

Nous n'insisterons pas sur les cas secondaires à une lithiase des voies urinaires inférieurs. Ce pourrait

sembler une vérité première, que d'affirmer ce fait qu'il faut avant tout lever l'obstacle. Par contre, en présence d'un malade que l'on sait porteur d'une hypertrophie prostatique, quelle conduite tenir ?

Elle dépendra surtout de l'étendue de la lésion.

3°) *De l'étendue de la lésion :*

Nous envisagerons plusieurs cas :

— S'il s'agit d'une prostatite ou d'une infiltration très limitée, on devra pratiquer l'excision chaque fois qu'on le pourra. C'est le traitement type qui entraîne la guérison la plus rapide.

Cette excision sera suivie de méchage, et d'un drainage.

Cette intervention s'étendra donc au cas secondaire à une hypertrophie: l'adénome qui s'accompagne d'une réaction peu marquée devra être énucléé avant que l'on envisage tout autre traitement.

— S'il s'agit d'une lésion étendue à tout le petit bassin, on pratiquera l'incision de prostatotomie.

On incisera dans ce que l'on pense être les deux lobes prostatiques, il ne s'écoulera jamais de pus parfois un peu de sérosité.

On drainera et on méchera.

— S'il s'agit d'une lésion à développement antérieur : ce sera l'incision abdominale que l'on pratiquera alors. Incision suivie de l'excision aussi complète que possible de tous les tissus infiltrés.

On terminera en thermocautérisant tous les tissus que l'on ne peut enlever.

SOINS PRÉ ET POST-OPÉRATOIRES :

Outre les soins communs à toute intervention, on aura soin de faire faire à ces malades, avant l'opération, « ses chiffres » dosage d'urée, constante d'Ambard, épreuve de phénol-sulfonphtaléine.

D'autre part, il faudra approprier une anesthésie à chacun de ces malades. Qu'on intervienne par voie haute ou basse, il s'agit d'une intervention courte, il ne faut pas oublier que nous avons affaire à des sujets malades parfois de longue date. Il sera donc parfois utile de préférer à l'anesthésie générale une rachianesthésie ou une anesthésie régionale.

Après intervention. — La période de convalescence est toujours courte et simple.

On enlèvera les mèches et les drains du sixième au dixième jour pour les remplacer par des drains de plus en plus petits.

La plaie se comblera rapidement de la profondeur à la superficie.

Il n'y a pas à craindre de complications post-opératoires ni infectieuses, ni hémorragiques.

Essayons pour nous résumer de dresser un bref tableau des indications opératoires :

- à malade affaibli cystostomie simple
ou âgé ou définitive
- si lithiase urinaire ablation des calculs
puis prostatotomie
si nécessaire.
- si hypertrophie { à lésions limitées . . adénomectomie
prostatique { à lésions diffuses . . prostatotomie
- si lésions limitées excision
- si lésions diffuses incision.

*
* *

Que retenir de tout ceci?

1°) Si le TRAITEMENT CHIRURGICAL doit être préféré à tout autre, il ne faudra jamais négliger les traitements médicaux ou électriques, si utiles ;

2°) Si l'EXCISION est supérieure à l'INCISION, LE TRAITEMENT CONSERVATEUR devra toujours être préféré au TRAITEMENT RADICAL.

OBSERVATIONS

OBSERVATION N° 1. — *Phlegmon ligneux pelvien à point de départ prostatique, d'origine traumatique.* (Fey, Congrès Français d'Urologie, 1932.)

M. X..., 34 ans, entre au mois de juillet à la salle Velpeau (Hôpital Necker). Il a eu, quinze jours auparavant, un gros traumatisme (chute de 2 mètres de haut), sans symptôme immédiat, ni abdominal, ni périnéal. Mais le lendemain il a été pris d'envies fréquentes avec dysurie et ensuite de fausse incontinence, aussi bien dans la position couchée que debout.

Au bout de quinze jours il se présente à la Consultation de Tenon où l'on constate une « vessie à l'ombilic » et d'où on nous l'adresse. Il y a, en effet, à l'hypogastre, un énorme globe vésical remontant à l'ombilic. On passe une sonde sans grande difficulté, malgré un rétrécissement admettant une sonde n° 24. On retire environ 50 gr. d'urine trouble, mais le globe vésical reste toujours aussi volumineux et dur.

On pratique un toucher rectal et on perçoit une énorme masse dure comme du bois remplissant le pelvis et faisant absolument corps avec la masse hypogastrique. La masse est indolore, englobe la prostate, s'étend d'une paroi du pelvis à l'autre et remonte en haut jusqu'à bout de doigt.

Température: 37°9; rétrécissement lâche mais très difficile à dilater.

Evolution: Le malade est dilaté; fin août, deux mois

et demi après, la masse hypogastrique a diminué; fin septembre on la sent plus. Le malade est revu plus tard; l'induration du pelvis subsiste et diminue très lentement.

Conclusions. — Il s'agit donc d'un phlegmon ligneux pelvien, avec atteinte de la loge péri-vésicale, phlegmon par infection subaiguë consécutif à un rétrécissement.

OBSERVATION N° 2. — *Phlegmon sus-prostatique d'origine traumatique, guérison par l'intervention.*
(P. BAZY, Société de Chirurgie, 17 mars 1920.)

Le malade, 34 ans, étant à cheval, retombe sur le pommeau de la selle et ressent une vive douleur (29 mai).

Au bout de deux jours la température apparaît: 38°5; elle s'accompagne de dysurie, polakiurie et mictions extrêmement douloureuses. La température monte le lendemain, mais au bout de huit jours les phénomènes généraux s'amendent. Seule persiste une gêne: sensation de pesanteur de « grosseur sensible et douloureuse au fondement ».

Le 20 juin les signes généraux font de nouveau leur apparition et s'accompagnent d'une recrudescence des signes fonctionnels. Puis, sous l'influence du repos, nouvelle accalmie.

Le 28 juillet, nouvelle aggravation avec altération très nette de l'état général. Si un premier examen avait fait songer à une grippe, dès le deuxième le diagnostic de prostatite avec périprostatite s'impose.

Au troisième examen, au mois d'août, on trouve, au toucher rectal: une sensation d'empâtement général, douloureux, noyant la région prostatique, sus-prostatique droit et la vésicule. En aucun point on ne trouve de trace de ramollissement ou de fluctuation.

Aucune amélioration ne survenant par le traitement médical on intervient le 26 août: incision abdominale, décollement de la vessie, puis contre-incision périnéale. Pas de pus, mais un peu de liquide roussâtre.

Très rapidement on note une amélioration, les signes généraux s'amendent, la guérison est complète le 20 septembre. Revu deux ans après: il n'y a plus ni signes fonctionnels, ni signes physiques.

Cette observation est beaucoup moins typique que la précédente. En effet, si l'on ne peut parler d'infiltration ligneuse proprement dite, il ne s'agit cependant pas ni d'infiltration suppurée, ni d'infiltration gangréneuse.

Elle présente néanmoins à considérer quelques points intéressants: le point de départ prostatique, l'évolution prolongée sans amélioration, la guérison par le traitement chirurgical.

OBSERVATION N° 3. — *Péricystite par corps étranger, simulant un cancer de la prostate, chez un ancien adénomectisé.* (JEANBRAU, Société Française d'Urologie du Sud-Est, Montpellier, 29 mars 1936.)

Il s'agit d'un homme de 76 ans, prostatectomisé en 1926 et apparemment guéri.

Huit ans après apparaît une cystite avec urines troubles. A l'examen on trouve un placard prostatorectal d'une dureté de pierre surmonté de deux cornes latérales. On pose le diagnostic de cancer de la glande prostatique.

Or, une radiographie effectuée montre une ombre cylindrique. On pratique une cystostomie et l'on trouve un tube de verre de 9 cm. de long, qui est enlevé.

Guérison rapide.

OBSERVATION N° 4. — *Calculs multiples de la vessie et de l'urètre, pris pour un cancer de la prostate.* (FRANCK et BÖCKEL : *Journal d'Urologie*, 1928, t. XXV, p. 382.)

Résumé. — Il s'agit d'un malade de 13 ans, admis en 1923 pour troubles urinaires en pédiatrie: incontinence, hématurie, cystite, douleurs intenses.

A la palpation on note une distension vésicale très douloureuse; au toucher rectal une tumeur prostatique dure, non bosselée, paraissant remplir le petit bassin. Il n'est pas pratiqué de cystoscopie, ni de radiographie. On pense à une tumeur prostatato-vésicale inopérable (sarcome) et l'on institue un traitement par radiothérapie profonde.

Peu d'amélioration sur la prostate, mais amélioration sur l'état général. Pendant quatre ans le malade expulse périodiquement des petits calculs.

Il est revu en 1927 pour aggravation de l'état général et expulsion de nouveaux cailloux. A ce moment la température est à 38°8; le malade est profondément anémié, La vessie est tendue, l'urètre non perméable; la prostate est normale.

On pratique une cystostomie d'urgence, qui permet d'évacuer les calculs vésicaux. Deux jours après, expulsion d'un calcul urétral.

Conclusions. — Il faut évidemment faire toutes réserves sur le diagnostic de tumeur porté en 1923. Etant donné la diffusion des lésions, il était difficile de porter un diagnostic exact, le malade n'ayant jamais expulsé de calcul à cette période.

OBSERVATION N° 5. — *Infiltration ligueuse de la loge prostatique chez un ancien prostatectomisé. Dysurie et rétention.* (MM. LÉON THÉVENOT et J. CREYSSSEL, Société Française d'Urologie, 7 avril 1924.)

Résumé. — Il s'agit d'un malade ayant subi, huit ans auparavant, à l'âge de 73 ans, une adénomectomie sus-pubienne. Les suites avaient été normales; l'adénome, à l'examen direct et histologique, était typique.

Six ans après le malade se plaint à nouveau de pollakiurie et dysurie. Puis il est hospitalisé pour rétention d'urine aiguë, quelques mois après le début de ces nouveaux troubles.

A l'examen, à l'entrée, le cathétérisme difficile montre la présence d'un obstacle dans la région prostatique. Le résidu est de 600 gr. Le toucher rectal révèle une masse dure, occupant et débordant la loge prostatique, s'étendant jusqu'aux ischions, respectant le rectum.

A l'urétrocystoscopie on trouve un col rigide avec de la sclérose au niveau du bas-fond vésical et de l'urètre.

On porte le diagnostic d'infiltration maligne. La cystostomie est pratiquée à la locale, et le toucher combiné précise les caractères de la tumeur: la muqueuse vésicale est saine, soulevée par la tumeur, sans infiltration ni végétations. Entre les deux doigts on localise un placard d'environ 2 centimètres d'épaisseur mais avec des zones d'inégale consistance. On pratique une biopsie; inflammation chronique; pas de traces de néoplasie en aucun point.

Evolution. — En raison de l'âge du malade, rien de plus n'est tenté. Revu plus d'un an après l'intervention, l'état général est très satisfaisant. Localement, pas de modifications notables dans l'évolution de la lésion.

Conclusions. — Dans la discussion qui suivit la lecture de cette observation, Marion rapporta 4 cas d'inflammations pseudo-néoplasiques ayant guéri par l'incision; Legueu rapporta de nombreux cas d'infiltrations survenant par l'infection d'adénomes; enfin Pasteau pense qu'à côté des infiltrations post-opératoires, ou par suppurations d'adénomes prostatiques, il peut survenir des infiltrations ligneuses à la suite d'infections prostatiques sans hypertrophie.

OBSERVATION N° 6. — *Infiltration ligneuse prostatique et périprostatique consécutive à une urétrite aiguë.*
(OBSERVATION PERSONNELLE, Service du Professeur MARION.)

Le malade E... S..., 42 ans, maître d'hôtel, entre à l'Hôpital Necker le 30 novembre pour des troubles qui, d'emblée, attirent l'attention sur la région prostatique.

Dysurie, pollakiurie surtout nocturne, 7,8.

Sensation de pesanteur au niveau du petit bassin.

Epreintes, léger ténesme rectal.

Antécédents : Il a eu, un mois et demi auparavant, une blennorragie aiguë, traitée en ville par un traitement local et des injections intraveineuses. Actuellement en voie de guérison.

A l'examen ses urines sont troubles; on y retrouve du pus, des colibacilles. Le toucher rectal montre une prostate douloureuse, augmentée de volume mais dont on peut assez bien préciser les limites. Elle est dure, ligneuse. On institue un traitement, lavements chauds, suppositoires, urotropine intraveineuse.

Mais les symptômes persistent, la dysurie, le ténesme deviennent plus accentués; par contre la température,

qui était à 38°5, est redescendue à la normale. Localement la prostate est toujours augmentée de volume, assez bien limitée, non douloureuse, de dureté ligneuse. Pas de radiographies, pas d'urétrocystoscopie, mais une formule leucocytaire.

Instruit par les cas précédents, on n'attend pas plus longtemps et on intervient le 5 décembre. Prostate assez hémorragique, mais l'incision ne ramène pas de pus. Drainage.

Suites opératoires: ablation du drain le 16, cicatrisation rapide. Le malade est revu plusieurs fois au début de 1938.

Tous les tissus ont repris leur souplesse, le malade mène une existence normale et a eu une réinfection gonococcique.

L'examen histologique montre une infiltration diffuse de la glande prostatique avec début de sclérose. Pas de polynucléaire, quelques glandes normales.

OBSERVATION N° 7. — *Infiltration ligneuse succédant à une prostatite aiguë suppurée, d'origine indéterminée.* (FEY, XXXII^e Congrès Français d'Urologie, 1932.)

Le malade, âgé de 30 ans, sans aucun antécédent urétral, fait brusquement une crise de rétention aiguë en octobre 1931, avec température à 39°, et tuméfaction prostatique, tendue et douloureuse. Malgré le traitement la prostatite s'abcède en un abcès siégeant dans le lobe gauche, qui est ouvert par l'incision de Fullerton. Les suites sont d'abord simples, mais la température reste aux environs de 37°8. On pense à une suppuration du lobe droit, mais la prostate est redevenue souple et indolore.

Le malade signale bientôt l'apparition d'une adéno-

pathie gauche rétro-crurale. On sent alors au palper bimanuel se développer un phlegmon subaigu de topographie absolument comparable à celle d'un phlegmon du ligament large. La prostate est libre mais la tuméfaction commence immédiatement au-dessus, colle à la paroi gauche du pelvis et est perceptible au-dessus de l'arcade crurale. Elle est dure, ligneuse; pas de signes généraux; la température descend très lentement. A aucun moment n'est apparu de fluctuation si bien que jamais l'on n'a été conduit à pratiquer l'incision.

Evolution: Elle est extrêmement lente, la température baisse, la masse finit par se résorber avec une désespérante lenteur. Revu trois mois après, la tuméfaction est disparue, et le malade guéri.

OBSERVATION N° 8. — *Infiltration ligneuse survenant sur un tableau de prostatite chronique.* (DESNOS, Annales des maladies des organes génito-urinaires, 1889.)

Résumé. — Il s'agit d'un malade âgé de 42 ans, ayant eu dans son passé deux blennorrhagies. Depuis six mois il présente des envies fréquentes impérieuses, de l'incontinence, une défécation douloureuse.

L'état général est mauvais.

Au toucher rectal on trouve une prostate augmentée de volume, dure, ligneuse.

Evolution. — Ce malade est revu et suivi pendant vingt jours. Peu à peu on assiste à la formation d'un bloc fibreux, résistant, dur, non douloureux. Ce bloc fait saillie dans le rectum, n'augmentant pas de volume et n'ayant aucune tendance à la résorption.

OBSERVATION N° 9. — *Phlegmon ligneux développé sur un tableau de prostatite suppurée, chronique.* (DESNOS, Annales des maladies des organes génito-urinaires, 1889.)

Résumé. -- Il s'agit d'un malade de 60 ans, présentant, dans ses antécédents, une blennorragie à 18 ans, et une fracture du bassin à 45 ans, sans troubles urinaires.

Depuis quatre ou cinq ans il présente des urines purulentes, des mictions fréquentes et douloureuses; ces troubles s'accroissent aux excès divers. Enfin une crise de cystite plus intense le fait hospitaliser.

Au toucher rectal on trouve au-dessus du sphincter une masse dure, remplaçant la prostate, très résistante, non dépressible, proéminente dans le rectum où elle fait une saillie semi-lunaire. Vers la base de la prostate existe un rebord qui ne cesse pas brusquement mais insensiblement se perd en haut et s'étale sur les côtés jusqu'aux contours du bassin.

Evolution. — Le malade est suivi pendant des mois sans que l'on trouve aucun changement dans les signes locaux.

OBSERVATION N° 10. — *Infiltration ligneuse pelvienne chez un blennorragique porteur d'une fistule anale ancienne.* (BOUCHARD, in thèse QUEREUX [63].)

Le malade, âgé de 54 ans, présentant depuis trois ans et demi une fistule opérée il y a un an, vient à la consultation le 10 juin 1936 pour rétention complète; sondage et lavage de la vessie.

Dans les jours qui suivent, brûlures à la miction, pollakiurie diurne et nocturne; au toucher rectal la prostate est sensible, augmentée de volume, surtout à droite. A l'urétrocystoscope le col est rouge, œdématisé, saillant.

Le 30 juin, apparition de la pneumaturie, augmentation des douleurs et de la pollakiurie, apparition de la température et aggravation de l'état général. Au toucher rectal la lumière rectale est diminuée par une masse extrêmement dure, occupant la région prostatique et au milieu de laquelle il est impossible d'individualiser la

glande. Cette masse s'étend d'une paroi latérale du bassin à l'autre, mais est plus développée à droite. Sa dureté est celle de la pierre, elle ne présente aucune bosselure, aucun point de ramollissement, aucune douleur.

On songe à un phlegmon ligneux et l'on intervient le 10 juillet. Périnéotomie, décollement recto-urétral. On tombe sur une masse extrêmement dure, tendant transversalement, comblant l'ogive pubienne et répondant à la masse perçue au toucher. Au doigt on dilacère cette masse pendant qu'un doigt dans le rectum sert à la repérer.

Pas de pus, drainage, tamponnement.

Evolution. — Guérison en quelques semaines. Revu trois mois après, présente un petit point fibreux au niveau du bec de la prostate.

OBSERVATION N° 11. — *Périp prostatite chronique ligneuse localisée.* (OBSERVATION PERSONNELLE recueillie dans le service de M. le Professeur MARION.)

Malade âgé de 42 ans, entre dans le service le 21 septembre 1936 pour des douleurs dans la région lombosacrale droite.

Les douleurs sont apparues brusquement en mai 1936; le malade ressent à cette époque une douleur vive, intense, unilatérale, s'étendant de la partie inférieure de la colonne lombaire au pubis, sans irradiation. Ces douleurs s'accompagnent de sensation constrictive, sans fièvre ni vomissement. Un médecin consulté fait le diagnostic de crise appendiculaire et le malade est opéré le jour même.

Après une phase d'accalmie brève, correspondant à la période post-opératoire, le malade ressent à nouveau de vives douleurs; celles-ci ont changé d'allure. Plus bas situées, elles sont à type de colique néphrétique, d'éprein-

tes, cèdent d'abord aux antinévralgiques habituels, puis ne sont plus calmées. Une radio de la colonne faite à ce moment est négative.

Il est alors dirigé sur l'Hôpital Necker, consultation de la Terrasse (18 août 1936). Sa fiche d'examen donne les renseignements suivants : pollakiurie nocturne : 3, diurne : 10; pas d'hématuries, urines limpides, contenant quelques cellules, mais ni pus, ni microbes. Le canal admet une sonde n° 40. Malade à dilater pour effectuer ultérieurement une division (« rechercher une hydro-néphrose »).

Le malade revient le 2 septembre, ses douleurs sont nettement périnéales, scrotales, de plus en plus intenses. La pollakiurie est très marquée (toutes les heures, nuit et jour), elles s'accompagnent de dysurie, de brûlures à la fin de la miction. On conseille alors le repos avec une médication pour lutter contre la congestion pelvienne.

Mais, dans la nuit du 17 au 18 septembre le malade est admis d'urgence pour une crise plus douloureuse avec arrêt de la miction et brusque élévation de la température. A l'examen, à l'entrée, on constate que les douleurs sont plus vives que jamais, siègent dans tout le petit bassin avec prédominance à droite et irradiations à droite au pli inguinal droit.

Elles s'accompagnent de ténesme, d'épreintes, d'une dysurie intense. La température est élevée: 39°5 à l'entrée, et le malade semble nettement fatigué. Les urines sont toujours limpides. Le toucher rectal révèle une masse dure, mal limitée, donnant l'impression d'une infiltration diffuse, mais allongée, fusiforme, et plus marquée à droite. Enfin cette masse est douloureuse au toucher. La muqueuse rectale paraît normale à son niveau.

Au palper abdominal on ne trouve aucun point douloureux; au palper combiné la masse n'est pas percep-

tible dans la région hypogastrique. Pas d'adénopathie rétro-crurale.

On songe à une prostatite subaiguë et l'on institue un traitement (lavements décongestionnants, suppositoires calmants, série de propidon).

Dix jours plus tard le malade est revu; au toucher rectal la masse est toujours aussi volumineuse; en aucun point n'est apparue de fluctuation; d'autre part, entre temps, des examens ont été pratiqués: l'examen des urines n'a montré la présence d'aucun germe; le Bordet-Wassermann a été négatif, ainsi que la réaction de Frei. Une radiographie, une cystographie, une urographie mictionnelle ne donnent aucun renseignement utile.

Le malade reste hospitalisé un mois et demi sans que l'on puisse constater le moindre changement dans l'état physique. Par contre les signes généraux ont disparu très rapidement; les signes fonctionnels se sont très atténués. Aussi demande-t-il à sortir le 1^{er} novembre.

Il est suivi pendant deux mois à la Consultation de la Terrasse et traité par des lavages de vessie. Mais devant la persistance et la fixité de la tumeur ligneuse, devant la réapparition des troubles mictionnels et de la douleur on se décide à intervenir le 6 janvier 1937.

Intervention (Professeur Marion). — Incision latéro et pré-rectale. Dans la profondeur on sent une masse qui paraît dépendre de la partie supérieure du lobe prostatique droit. Incision à la partie dure; l'on pénètre dans une cavité d'où l'on ne voit pas s'écouler de pus. Drainage, tamponnement.

Examen microscopique (Mlle Kogan). — Sclérose diffuse, aspect inflammatoire chronique; pas de cellules géantes, pas de polynucléaires.

Suites opératoires simples. Il ne s'écoule jamais de pus.

La plaie se referme rapidement; le malade sort quatre

semaines après son intervention. La masse a presque entièrement disparu.

Revu plusieurs fois au cours de l'année 1937; au toucher rectal on ne sent plus aucune infiltration, la muqueuse rectale est souple; le malade n'accuse plus aucun trouble, aucune douleur.

OBSERVATION N° 12. — *Prostatite et périprostatite ligneuse localisée de nature indéterminée.* (Observation communiquée par le Professeur MARION.)

Il s'agit d'un homme de 45 ans, qui vient consulter en juillet 1937 pour des troubles fonctionnels qui, d'emblée, attirent l'attention du côté de la prostate. Dysurie, pollakiurie nocturne et diurne; pas de douleurs vraie, mais un certain ténesme.

A l'examen les urines sont limpides, le canal normal. Au toucher rectal la prostate est dure, infiltrée et se prolonge sur toute la moitié droite du petit bassin par une masse dure, régulière, indolore. On institue un traitement médical.

Revu en octobre. Devant la persistance des signes physiques on décide l'intervention: périnéotomie; on atteint la région prostatique et sus-prostatique. Excision des tissus infiltrés; drainage et tamponnement.

Suites opératoires: fermeture rapide; le malade, revu ultérieurement, ne présente plus aucune infiltration.

Examen microscopique (Mlle Kogan). — Tissu de sclérose, inflammation chronique, à mononucléaires plasmocytes.

CONCLUSIONS

I — Le tissu cellulaire prostatique et périprostatique, les espaces cellulux du petit bassin peuvent, comme dans toute autre région de l'organisme, être le siège d'infiltrations d'un type spécial, « infiltrations ligneuses ».

II. — A l'origine de telles affections, nous pouvons retrouver de nombreuses causes prostatato-urétrales, et plus particulièrement les traumatismes, la lithiase, les infections, les hypertrophies prostatiques. Mais il faut bien savoir que dans de nombreux cas, l'étiologie est mystérieuse, malgré une enquête des plus minutieuses.

III. — Anatomiquement, elles se présentent comme infiltrant tout ou partie du petit bassin, et revêtent deux grands types :

localisées,

diffuses.

Parfois, elles ont des prolongements extra-pelviens. Histologiquement, il s'agit d'une infiltration scléreuse, chronique, diffuse, d'origine infectieuse.

IV. — Leur symptomatologie, des plus variables et des plus trompeuses, ne présente que deux points caractéristiques :

LE TOUCHER RECTAL, qui fait le diagnostic de l'infiltration,

L'ÉVOLUTION, qui fait le diagnostic de la nature non cancéreuse.

Tous les examens de laboratoire, en effet, n'apportent pas de précision pour un diagnostic toujours difficile.

V. — Le diagnostic posera différents problèmes : syphilis, tuberculose, mais avant tout, celui de l'infiltration néoplasique, et aucun examen ne devra être négligé, pour arriver à ce but.

VI. — Le traitement est uniquement chirurgical : incision, ou si possible excision des tissus infiltrés. A cette seule condition, le pronostic est favorable, la guérison rapide. Tous les autres traitements médicaux ou électriques ne sont que des adjuvants.

LE DOYEN,

TIFFENEAU.

LE PRÉSIDENT DE LA THÈSE,

MARION.

Vu et permis d'imprimer :

LE RECTEUR DE L'ACADÉMIE DE PARIS,

ROUSSY

BIBLIOGRAPHIE

Nous avons volontairement laissé de côté, dans cette bibliographie, de nombreux ouvrages consultés, mais qui ne se rapportaient qu'indirectement au sujet traité. Par contre, il nous a paru intéressant de mentionner certains livres ou articles qui nous ont été utiles pour notre documentation générale.

- [1] ALBARRAN. — Médecine opératoire des voies urinaires. (Paris, Masson, 1909.)
- [2] ASTRALDI. — Infections de l'adénome prostatique. (*Archives Urologiques de l'Hôpital Necker*, t. IV, p. 31.)
- [3] AVERSENQ. — Des péricystites. (A. F. U., procès-verbal, 1913; Paris, 1914, t. XVII, pp. 1 à 240.)
- [4] — Les espaces périprostatique et leurs abcès. (XIV^e session de l'A. F. U., Paris, 1910.)
- [5] — Sur les extra-prostatites. (*Journ. d'Urol.*, 1921, t. XII, p. 413.)
- [6] — Extra-prostatites et extra-cystites d'origine urétrale. (*Journ. d'Urol.*, 1926, t. XXI, p. 481.)
- [7] AVERSENQ et DIEULAFÉ. — Aponévroses et espaces périprostatiques. Suppurations prostatiques. (*Ann. des mal. des org. gén. urin.*, janvier 1911, p. 1.)
- [8] BATSÈRE. — Phlegmons ligneux du cou. (*Thèse*, Paris, 1894-1895.)

- [9] BAZY (P.). — De l'incision abdomino-périnéale dans le phlegmon sus-prostatique ou cellulite pelvienne. (*Bull. et Mém. de la Soc. Nat. de Chirurgie*, 17 mars 1920.)
- [10] BLOT. — Absès chroniques de la cavité de Retzius d'origine urétrale. (*Thèse*, Paris, 1894.)
- [11] BLUM (V.). — Les suppurations prostatiques et périprostatiques. (*Wiener mediz. Wochensch.*, 1911, N° 37, p. 347.)
- [12] BONNEAU. — Phlegmons ligneux périnéphrétiques. (*Journ. d'Urol.*, 1925, t. XIX, p. 44.)
- [13] CASTANEDA Y CAMPOS. — Du phlegmon de la cavité préperitonéale de Retzius ou phlegmon prévésical. (*Thèse*, Paris, 1878.)
- [14] CINNINO (T.). — Voluminoso flemmonné ligneo del cavo di Retzius simulante un neoplasma dello vesico. Operazione, guarigione. (*Atti d. R. Acad. d. Sc. Med. in Palermo*, 1913, 1915, pp. 1 à 24.)
- [15] DAVID M. DAVIS. — Chronic prostatitis. Its relation to anatomical changes in the prostate, prostatic urethra and vesical orifice. (*The Journal of Urology*, vol. XXX, novembre 1933, N° 5, p. 579.)
- [16] DELBET (Paul). — Péricystites non suppurées. Phlegmons de la région périvésicale. (*Encyclopédie d'Urologie*, t. IV, p. 871, Paris, 1921, Doin, éditeur.)
- [17] DELBET (Pierre). — Des suppurations pelviennes chez la femme. (*Thèse*, Paris, 1891-1892.)
- [18] DESNOS. — Transformation fibreuse des tissus périprostatiques. (*Ann. des mal. des org. génito-urinaires*, 1899.)

- [19] DOMINICI. — Les péricystites. (Doin, Paris, 1937.)
- [20] DUVERGEY. — Traitement chirurgical des prostatites chroniques. (XXXIV^e Congrès d'Urologie, in *Journal d'Urol.*, 1934, t. XXXVIII, p. 554.)
- [21] ESTOR (E.). — Phlegmon ligneux de la paroi abdominale consécutif à une cholécystite calculieuse. (*Bull. et Mém. de la Soc. Nat. de Chirurgie*, 1927, p. 900.)
- [22] FEY. — Deux cas de cellulite pelvienne à point de départ prostatique. (A. F. U. Congrès, octobre 1932.)
- [23] FLANDRIN. — La forme pseudo-adénomateuse des prostatites chroniques. (*Marseille Médical*, 5 mars 1928.)
- [24] FRANK et BOECKEL. — Calculs multiples de la vessie et de l'uretère interprétés comme un cancer de la prostate. (*Journ. d'Urol.* 1928, t. XXV, p. 382.)
- [25] FRANKLIN FARMANN. — Classification of prostatitis. (*The Journal of Urology*, janvier 1930, p. 113.)
- [26] GAYET. — Les calculs de la prostate. (*Journ. d'Urol.*, t. XXV, p. 305.)
- [27] GUILLAUME Louis (P.). — Un cas de phlegmon ligneux du cou. (*Bull. et mén. de la Soc. de Chirurgie*, 1930, p. 1.297.)
- [28] GRANDE (Perez). — Las prostatitis. (*Conf. Glin. de Urol. Revue mensuelle*, n° IV, décembre 1923, Madrid, Orfila n° VI.)
- [29] HAGUENAU et GALLY. — Métastases osseuses dans les cancers de la prostate ignorés. (*Soc. franç. d'urol.*, 15 février 1932, 13 mars 1932.)

- [30] HEITZ-BOYER. — Maladie diverticulaire et prostatite chronique scléreuse et hypertrophiante. (*Soc. franç. d'urol.*, 18 nov. 1935 et 17 février 1936.)
- [31] HOGGE. — Des péricystites. (*A.F.U.*, 1913-14, p. 322.)
- [32] — Prostatites chroniques non tuberculeuses et non gonococciques. (*XXXII^e Congrès français d'Urologie*, Paris 1932.)
- [33] JANSSEN (P. — Zür diagnostik und Behandlung der Prostatitis. (*Wochensch. der Ther.*, février 1933.)
- [34] JEANBRAU. — Trois cas d'adenomites prostatiques ayant simulé le cancer de la prostate. (*XXVI^e Congrès d'Urologie*, Paris 1926.)
- [35] — Société française d'urologie du Sud-Ouest, à Montpellier. Séance du 29 mars 1936.
- [36] KOCH Henrich (Hambourg). — Les calculs de l'uretère. (*Zentr. f. Chir.* n° V, 29 janvier 1927, p. 266.)
- [37] KIRMISSON. — Transformation fibreuse des tissus périprostatiques à la suite des suppurations prostatiques. (*Ann. des mal. des org. g. u.* 1899.)
- [38] KEMBLE Adam (Washington). — Prostatite chronique. (*Med. Record*, 16 mai 1914, p. 887.)
- [39] LAPEYRE (J.-L.). — Les cellulites ligneuses cervico-faciales. Diagnostic et traitement. (*Thèse de Paris* 1929, n° 77.)
- [40] LEGUEU. — Phlegmons ligneux de la cavité de Retzius. (*XIII^e Congrès de l'A.F.U.*, 1909, p. 671.)

- [41] — Traité chirurgical d'urologie.
- [42] LEGUEU et ASTRALDI. — Valeur de l'œsinophile dans le diagnostic des affections chirurgicales de la prostate. (*Soc. Franç. d'Urol.*, 8 mai 1922.)
- [43] LEGUEU et MOREL (L.). — Eosinophilie et affections prostatiques. (*Arch. urol. de Necker*, t. I, 1913.)
- [44] LEGUEU et PAPIN. — Abscesses prostatiques et prostatiques chroniques. (*Nouveau journ. de méd.*, 20 janvier 1921, n° 1, p. 4.)
- [45] LE ROY (C.). — Des suppurations locales dans l'hypertrophie de la prostate. (*Journal d'urolog.* 1927, t. XXIII, p. 311.)
- [46] LIEUTAUD (P.M.). — Les péricystites phlegmonneuses. (*Thèse Paris* 1929.)
- [47] LUCAS-CHAMPIONNIÈRE. — Le phlegmon ligneux. (*Journ. de Méd. et de Chir. pratiques*, 10 avril 1902, p. 264.)
- [47 bis] LOUMEAU. — Fibrome de la prostate. (*Société de Médecine et de Chirurgie de Bordeaux*, 18 juillet 1918.)
- [48] MARION (G.). — Phlegmon ligneux du cou. (*Arch. génér. de médecine*, 1903, t. CXXI.)
- [49] — Traité d'urologie, 3^e édition.
- [50] — De la signification des vésiculites chroniques chez les prostatiques. (*Journ. d'urolog.* 1920, t. IX, p. 11, et discussion à la *Soc. Franç. d'Urol.*, 8 déc. 1919, 12 janv. 1920, 19 avril 1920.)
- [51] — Maladie du col vésical. (*V^e Congrès de la Soc. Intern. d'Urol.*, Londres 1933, in *Journal d'urolog.* 1933, t. XXXVI, p. 513.)
- [52] MERCADET (Salva). — Des phlegmons ligneux. (*Journal de Chirurg.* 1918-1919.)

- [53] MINET. — Suppurations prostatiques et périprostatiques. (*Thèse de Paris* 1901, n° 291.)
- [54] MOREL (Louis) et CHABANIER. — L'éosinophilie des prostatiques. (*C. R. de la Soc. de Biol.*, 3 mai 1913, t. LXXIV, p. 948.)
- [55] MULLER et DESGOUTTES. — Phlegmon ligneux de la cavité de Retzius. (*Lyon-Médical*, 28 avril 1907, p. 813.)
- [56] NEGRO. — Eosinophilie du sang et formes néoplasiques de la prostate. (*Journal d'Urol.* 1923, t. XV, p. 99.)
- [57] ORAISON. — Diagnostic différentiel entre le cancer de la prostate et la prostatite chronique. (*XXXII^e Congrès Français d'urologie*, Paris 1932.)
- [58] ORTS (Llorea et BOTAW (J.). — Collecteurs lymphatiques de la prostate. (*Ann. d'Anat. pathol.*, Paris janvier 1933, n° 1.)
- [59] OWSLEY-GRANT et RITES (James-R.) (Louisville). — De la diathermie dans le traitement des prostatites chroniques. (*The Urol. and Cut. Rew.*, vol. XXXI, n° 7, juillet 1927, p. 447.)
- [60] PASTEAU. — Diagnostic différentiel entre prostatites chroniques et cancers de la prostate (*XXIX^e Congrès Français d'Urologie*, Paris 1929.)
- [61] PERRIN (Jean). — Lés prostatites chroniques méconnues. (*Journal d'urol.* 1927, t. XXIII, p. 21.)
- [62] PLACINTIANO, LAMBESCO et HERSCOVITZ. — La radiothérapie dans les phlegmons pelviens. (*Monde médical*, 1^{er} oct. 1937.)

- [63] QUÉREUX (P.-L.). — Les phlegmons ligneux pelviens d'origine prostatique. (*Thèse de Paris*, 1936.)
- [64] RECLUS. — Le phlegmon ligneux (*V^e Congrès français de chirurgie*, Paris 1891, p. 248.)
- [65] — Des phlegmons ligneux de la région cervicale. (*Gazette des Hôp.*, Paris 1893, N^o 88.)
- [66] — Phlegmon ligneux du cou. (*Bull. et mém. de la Soc. de Chirurg.* 1896, p. 450.)
- [67] — Le phlegmon ligneux. (*Revue de chirurgie* 1896, p. 530.)
- [68] RICHARD. — Des phlegmons ligneux. (*Thèse de Paris*, 1911-12.)
- [69] ROCHET. — Vésicules séminales grosses et dures chez les prostatiques. (*Soc. Franç. d'Urol.*, 11 décembre 1922.)
- [70] ROUVIÈRE. — Lymphatiques de l'homme. (Masson 1932.)
- [71] SAUSSIE. — Contribution à l'étude du phlegmon ligneux de la paroi abdominale. (*Thèse Paris* 1903.)
- [72] STRACHSTEIN. — Facteurs étiologiques des prostatites chroniques. (*New-York medical Journal*, 3 mai 1921.)
- [74] THÉVENOT (Léon) et CREYSSEL. — Infiltration ligneuse de la loge prostatique chez un ancien prostatectomisé, dysurie et rétention. (*Jour. d'Urologie*, 1924, t. XVII, p. 417.)
- [75] THÉVENOT. — Phlegmon périnéphrétique ligneux. (*Journal d'urologie* 1914, t. V, p. 209.)

- [76] ULLMANN K. (Vienne). — De l'action de la thiosiamine dans les indurations prostatiques chroniques. (*Journ. d'Urol.* 1912, t. I, p. 575.)
- [77] VALERIO (A.). — Die behandlung der hartnackigen chronischen prostatitis mittels Kalzium glukonat und fibrolysincinsspritzungen in die prostate.
- [78] VALVERDE (B.). — Le lavage des vésicules dans le traitement des spermatocystites chroniques, (*Journ. d'Urol.* 1933, t. XXXVI, page 262.)
- [79] VIGNAL (W.). — L'électrothérapie dans les affections de la prostate. (*Journal de médecine français*, janvier 1927, p. 37.)

TABLE DES MATIERES

PREMIERE PARTIE. — GÉNÉRALITÉS. ETIOLOGIE :

<i>Introduction</i>	11
<i>Historique</i>	14
Etiologie	17
Fréquence	17
Age	18
Etat général	18
Causes déterminantes	19
Pathogénie	29
Quel est le mécanisme déterminant ?	29
Quel en est le germe et quelle est la porte d'en- trée ?	30
Comment se développe l'infiltration, quelle est sa propagation ?	32

DEUXIEME PARTIE. — ANATOMIE. — ANATOMIE PATHOLOGIQUE :

Anatomie	35
Schématiquement	35
En théorie	42
En pratique	43
Anatomie pathologique	44
Macroscopiquement	44
Histologiquement	53

TROISIEME PARTIE. — SYMPTOMATOLOGIE :

Clinique	59
Phase de début	62
Phase d'état	64
Toucher rectal	65
Les examens de spécialité et de laboratoire	68
Examens hématologiques	68
Examens radiologiques	70
Cystoscopie. — Urétroscopie	71
Evolution. — Complications. — Pronostic	74
La fixité. La désespérante chronicité	74
Complications infectieuses	76
Retentissement rénal	77
Retentissement génital	78
Cancérisation	79
Pronostic	79

QUATRIEME PARTIE. — DIAGNOSTIC :

Diagnostic	83
Infiltrations pelviennes tuberculeuses	87
Infiltrations pelviennes néoplasiques	88

CINQUIEME PARTIE. — TRAITEMENT :

Traitement	97
Traitement prophylactique	97
Traitement proprement dit	98
Observations	107
Conclusions	121
Bibliographie	123